



RASSEGNA STAMPA

VII Congresso Nazionale IG-IBD

Palermo, 3-5 dicembre 2015

Aggiornamento

19 gennaio 2016



Sommario

TESTATA	DATA	LETTORI
Agenzie		
AGI (2 lanci)	05/12/2015	per staff editoriale
FIDEST	06/12/2015	per staff editoriale
Quotidiani		
L'UNIONE SARDA	27/12/2015	359.000
Periodici		
IL SOLE 24 ORE SANITA'	19/01/2016	60.500
Web		
PANORAMASANITA.IT	03/12/2015	4.500
SALUTEDOMANI.COM	03/12/2015	9.000
SALUTEH24.COM	03/12/2015	n.d.
PHARMASTAR.IT	03/12/2015	20.000
TRAPANIOK.IT	03/12/2015	n.d.
TZETZE.IT	03/12/2015	n.d.
FAI.INFORMAZIONE.IT	03/12/2015	n.d.
INTOPIC.IT	03/12/2015	n.d.
INSALUTENEWS.IT	04/12/2015	n.d.
INDEXMEDICAL.IT	04/12/2015	n.d.
LIBEROQUOTIDIANO.IT	05/12/2015	133.000
INDEXMEDICAL.IT	05/12/2015	n.d.
LIBEROQUOTIDIANO.IT	06/12/2015	133.000
INSALUTENEWS.IT	06/12/2015	n.d.
MONDOMEDICINA.IT	06/12/2015	n.d.
ABOUTPHARMA.COM	07/12/2015	94.000
ILTIRRENO.GELOCAL.IT	07/12/2015	35.647
PHARMASTAR.IT	07/12/2015	20.000
OKMEDICINA.IT	07/12/2015	n.d.
NOTIZIEMEDICHE.IT	08/12/2015	n.d.

MD-DIGITAL.IT	10/12/2015	40.000
MAGAZINE.AZSALUTE.IT	11/12/2015	n.d.
LENEWS.INFO	12/12/2015	n.d.
BENESSERE.COM	14/12/2015	n.d.
ABOUTPHARMA.COM	07/01/2016	94.000
TOTALE	30	1.002.647
Fonte dati: Audipress, Anes, Auditel, Audiradio, Audiweb		

Agenzie

AGI (1° lancio)

Data: 5 dicembre 2015

Lettori: per staff editoriale



Salute: malattie intestino, in arrivo terapie personalizzate

(AGI) - Palermo, 5 dic. - In arrivo nuovi farmaci e terapie personalizzate per combattere le malattie croniche intestinali che hanno un pesante impatto sulla qualità della vita e un elevato costo sociale: si calcola infatti che ogni malato viene a pesare sulla collettività per una cifra pari a 10mila euro l'anno. Di tutto ciò si è parlato nel VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) terminato oggi a Palermo. I 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutta Italia hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema. Discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva. Nel rinnovo del Consiglio Direttivo IG-IBD, confermato il Segretario nazionale Fernando Rizzello. (AGI) Red/Noc (Segue)

Salute: malattie intestino, in arrivo terapie personalizzate (2)

(AGI) - Palermo, 5 dic. - Tra gli impegni 2016 della Società, lo sforzo per una ricerca scientifica made in Italy ampia e di valore. Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari", illustra Ambrogio Orlando, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. "La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti". "L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie", spiega Gilberto Poggioli, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi. "Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente". (AGI) Red/Noc

Malattie croniche infiammatorie dell'intestino

Posted by fidest on Sunday, 6 December 2015

Si è concluso il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che, con la partecipazione di circa 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia, è stata l'edizione con più presenze. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno. Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del Consiglio Direttivo della Società. Confermati il Segretario nazionale Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi, i consiglieri Fabrizio Bossa, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo, Emma Calabrese, Università di Roma Tor Vergata, Filippo Mocchiari, Ospedale Civico di Palermo e Antonio Rispo, A.O.U. Federico II di Napoli. Alessandro Armuzzi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a Simone Saibeni, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho. Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari", illustra Ambrogio Orlando, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. "La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti". "L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie", spiega Gilberto Poggioli, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi. "Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel

lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa' la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente". "Per il 2016 IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino", evidenzia Fernando Rizzello. "Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti".

Quotidiani

Un corto dell'Onlus Amici Colite ulcerosa, i pazienti si raccontano

È un percorso ancora non facile quello di chi deve convivere con una malattia infiammatoria cronica intestinale, come la colite ulcerosa e la malattia di Crohn. Oggi, però, è possibile sperare in una nuova qualità di vita e guardare con maggiore fiducia al futuro. A dirlo sono gli stessi pazienti, per l'occasione attori e registi di video nei quali raccontano i momenti più significativi - a volte toccanti, altre allegri e vibranti - della loro quotidianità. Lo conferma il cortometraggio realizzato nell'ambito del progetto Ora che mi ci fai pensare, promosso da AMICI onlus - Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, in collaborazione con IG-IBD - Italian Group for the study of Inflammatory Bowel Disease ed EFCCA - Federazione Europea delle associazioni Nazionali dei Pazienti, con il sostegno non condizionato di Msd. È un racconto collettivo per immagini, una sfida alla quale i pazienti hanno risposto con forza trasmettendo la sofferenza e le speranze che fanno parte del loro quotidiano: insomma una sorta di "libro bianco" da vedere. «Nel cortometraggio non vedo pazienti ma

vedo persone con un modo ognuno diverso di affrontare la patologia da cui sono affette - dichiara Salvatore Leone, Direttore AMICI onlus - il dolore viene raccontato come se fosse parte integrante della propria vita, senza drammi e sempre con la speranza che un giorno tutto possa concludersi. Il video può essere d'aiuto ai pazienti di nuova diagnosi e a quelli che ancora fanno fatica ad accettare la malattia. Il messaggio che viene fuori è di non mollare mai perché solo chi non molla vede la luce alla fine del tunnel». I pazienti diventano quindi protagonisti della loro malattia e della realtà che devono affrontare giorno dopo giorno. Ma bisogna ricordare i progressi fatti in questi anni, soprattutto grazie all'avvento delle terapie biologiche. «Le terapie con farmaci mirati biologici hanno modificato, anzi rivoluzionato, l'approccio che i clinici adottavano per il trattamento della Colite Ulcerosa e della Malattia di Crohn», spiega Alessandro Armuzzi, Unità Operativa di Diagnosi e Terapia delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali dell'Università Cattolica di Roma. Secondo quanto emerso al Congresso del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, le due patologie interessano in Italia circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni.

F. Me.

RIPRODUZIONE RISERVATA



Periodici

Malattie croniche intestinali sotto la lente

DI FERNANDO RIZZELLO *

Le malattie infiammatorie croniche intestinali, anche dette Mici (principalmente malattia di Crohn e colite ulcerosa), in Italia interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta e ulteriormente in crescita negli ultimi due decenni, specie nella fascia d'età 15-20 anni.

Nel corso del VII Congresso nazionale dell'Italian group for Inflammatory bowel diseases (Ig-Ibd), sono state dibattute le principali tematiche riguardanti l'attuale gestione dei pazienti con Mici, ai quali non viene ancora garantita, nel nostro Paese, un'assistenza uniforme.

Il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno. A oggi non esistono studi epidemiologici specifici sulle malattie infiammatorie croniche intestinali, né informazioni precise in merito alla distribuzione dei pazienti sul territorio nazionale. Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il Ssn (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici ritenuti necessari dalle linee guida ma non riconosciuti nei Lea). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiori criticità nell'attuale gestione delle Mici. Ig-Ibd intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap.

Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnosti-

co, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad alcuni anni, senza essere peraltro diminuito nel corso degli ultimi tre decenni. Accelerare le tempistiche della diagnosi è cruciale: quanto più quest'ultima è precoce, tanto prima il paziente potrà essere preso in carico da un centro specializzato nella cura delle Mici e ad alto volume di prestazioni specialistiche in quest'ambito, con conseguente aumento dell'efficacia terapeutica e riduzione dei costi. A questo scopo la nostra Società scientifica ha in corso lo Studio Red Flags, coordinato dal professor **Silvio Danese** e da **Gionata Fiorino** dell'Istituto Humanitas di Milano, che attraverso il coinvolgimento dei medici di famiglia, ha l'obiettivo di

identificare i sintomi campanello d'allarme utili a migliorare lo screening dei pazienti, indirizzando precocemente quelli che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati.

Altro importante aspetto da considerare, per una gestione più appropriata delle Mici in Italia, è la razionalizzazione delle strutture deputate all'erogazione di terapie e prestazioni chirurgiche. È cruciale che i pazienti vengano seguiti in ambulatori di gastroenterologia con specifica esperienza nel trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali. Secondo recenti studi condotti nel Regno Unito, in particolari situazioni cliniche, come la gestione del paziente grave, la presa in carico dei



malati in centri dedicati permette di migliorare il tasso di sopravvivenza di questi pazienti.

Oggi in Italia abbiamo centri che eseguono 1 o 2 interventi all'anno e centri che ne eseguono a centinaia. E' evidente la necessit  di riorganizzare la rete assistenziale. A questo proposito le Regioni, su input del ministero della Salute, devono censire i diversi centri presenti sul loro territorio, individuando quelli di primo, secondo e terzo livello, monitorandone nel tempo la qualit  delle prestazioni.

Un fondamentale passo avanti   stato compiuto da poco grazie all'accordo tra Governo, Regioni e Provincie autonome sul Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) per le Mici. Si tratta di uno

strumento prezioso - realizzato dall'Associazione dei pazienti Amici Onlus e da Cittadinanzattiva con la consulenza di tutte le Societ  scientifiche dedicate a queste patologie - per ridurre la variabilit  dell'offerta sanitaria e far s  che i pazienti, indipendentemente da dove risiedono, possano accedere a terapie appropriate, efficaci e uniformi, permettendo al contempo una gestione pi  efficiente delle risorse. Occorre passare ora dalla teoria alla pratica, affinch  il Pdta non resti solo sulla carta ma, attraverso l'impegno di Regioni e singoli ospedali, diventi concreta realt  nella pratica clinica quotidiana.

Per il 2016 Ig-Ibd intende continuare il percorso gi  intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino in partnership con l'Associazione dei pazienti e con le Istituzioni. Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Societ , inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle Mici, coinvolgendo tutti i livelli della societ , dal Servizio sanitario nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti.

** Universit  degli Studi di Bologna,
Policlinico S. Orsola-Malpighi -
segretario nazionale Italian group for
Inflammatory bowel diseases (Ig-Ibd)*

Web

PANORAMA DELLA SANITÀ

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI: «IL PDTA NON RESTI SULLA CARTA»



L'appello al VII Congresso Nazionale IG-IBD. A Palermo, gli esperti dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) fanno il punto su un insieme di patologie croniche e spesso invalidanti che affliggono non meno di 200.000 italiani. Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema. Grazie al recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica.

Si apre oggi a Palermo la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI. Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

«Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI» evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. «Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati».

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. «La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti» afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. «Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno».

«L'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista» commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino AMICI Onlus. «Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un'assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l'imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l'approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità».



Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta



VII CONGRESSO NAZIONALE IG-IBD

Si è aperta a Palermo la settima edizione del **Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali**, anche dette MICI.

Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia **Fernando Rizzello**, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il **Piano nazionale per le cronicità 2014-2016** del Ministero della Salute indica questa **carenza di dati** come una delle **maggiore criticità** nell'**attuale gestione** delle **MICI**. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per **ridurre il ritardo diagnostico**, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo **Studio Red Flags** che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. “La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti” afferma **Anna Kohn**, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. “Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di

terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista” commenta **Salvatore Leone**, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus. “Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”.

Salute H24

Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta



VII CONGRESSO NAZIONALE IG-IBD

Si è aperta a Palermo la settima edizione del **Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali**, anche dette MICI.

Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia **Fernando Rizzello**, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il **Piano nazionale per le cronicità 2014-2016** del Ministero della Salute indica questa **carenza di dati** come una delle **maggiore criticità** nell'**attuale gestione** delle **MICI**. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per **ridurre il ritardo diagnostico**, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo **Studio Red Flags** che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. “La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti” afferma **Anna Kohn**, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. “Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di

terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista” commenta **Salvatore Leone**, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus. “Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”.

Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta. L'appello al VII Congresso Nazionale IG-IBD



Dal 3 al 5 dicembre, a Palermo, gli esperti dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) fanno il punto su un insieme di patologie croniche e spesso invalidanti che affliggono non meno di 200.000 italiani. Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema. Grazie al recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica.

Si è aperto oggi a Palermo, nella prestigiosa cornice del Teatro Politeama, la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI. Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI.

La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. "La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti" afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. "Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema.

La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno".

"L'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista" commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino AMICI Onlus. "Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un'assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l'imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l'approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità".



MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI: IL PDTA NON RESTI SULLA CARTA, L'APPELLO AL VII CONGRESSO NAZIONALE IG-IBD

Dal 3 al 5 dicembre, a Palermo, gli esperti dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) fanno il punto su un insieme di patologie croniche e spesso invalidanti che affliggono non meno di 200.000 italiani. Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema. Grazie al recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica.

Si apre oggi a Palermo, nella prestigiosa cornice del Teatro Politeama, la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI. Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

"Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI" evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. "Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati".

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta.

“La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti” afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. “Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista” commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus. “Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”.



MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI: IL PDTA NON RESTI SULLA CARTA. L'APPELLO AL VII CONGRESSO NAZIONALE IG-IBD

Dal 3 al 5 dicembre, a Palermo, gli esperti dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) fanno il punto su un insieme di patologie croniche e spesso invalidanti che affliggono non meno di 200.000 italiani. Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema. Grazie al recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica.

Si è aperto oggi a Palermo, nella prestigiosa cornice del Teatro Politeama, la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI. Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI.

La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. "La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti" afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. "Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema.

La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno".

"L'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista" commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino AMICI Onlus. "Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un'assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l'imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l'approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità".

fai.informazione.it

Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta

Si è aperta a Palermo la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI.

Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiori criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. “La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti” afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. “Questo per il malato può diventare stressante oltreché oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di

terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista” commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus. “Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”.



MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI: IL PDTA NON RESTI SULLA CARTA

Si è aperta a Palermo la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI.

Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiori criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. “La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti” afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. “Questo per il malato può diventare stressante oltreché oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di

terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista” commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus. “Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”.



Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta. L'appello al VII Congresso Nazionale IG-IBD

DI INSALUTENEWS - 4 DICEMBRE 2015



Dal 3 al 5 dicembre, a Palermo, gli esperti dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) fanno il punto su un insieme di patologie croniche e spesso invalidanti che affliggono non meno di 200.000 italiani. Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema. Grazie al recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica

Palermo, 4 dicembre 2015 – Si è aperto ieri a Palermo, nella prestigiosa cornice del Teatro Politeama, la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI. Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI – evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD – Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. "La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti – afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma – Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno".

"L'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista – commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino AMICI Onlus – Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un'assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l'imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l'approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità".



Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta. L'appello al VII Congresso Nazionale IG- IBD



Dal 3 al 5 dicembre, a Palermo, gli esperti dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) fanno il punto su un insieme di patologie croniche e spesso invalidanti che affliggono non meno di 200.000 italiani. Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema. Grazie al recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica.

Si apre oggi a Palermo, nella prestigiosa cornice del Teatro Politeama, la settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI. Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Fino a sabato 5 dicembre, i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. “La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti” afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma.

“Questo per il malato può diventare stressante oltreché oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista” commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus.

“Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”.

Palermo, 3 dicembre 2015



CONGRESSI

Italia: 200 mila colpiti da malattie infiammatorie croniche intestinali

Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema. Grazie al recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica. Se ne parla alla settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI. Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200mila persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. E i maggiori esperti nazionali, che a vario titolo e in diversi ambiti si occupano specificamente di queste patologie, si confrontano sui temi più salienti e controversi della gestione dei pazienti con MICI, ai quali non viene ancora garantita un'assistenza uniforme a livello nazionale. "Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI – evidenzia **Fernando Rizzello**, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD – Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo *gap*. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo *StudioRed Flags* che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati".

L'assistenza ai malati con MICI. Nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. "La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti – afferma **Anna Kohn**, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma – Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro.

Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista – commenta **Salvatore Leone**, direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus – Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento *digovernance* molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”. (**ENRICO MAGNANI**)



Malattie infiammatorie croniche dell'Intestino: circa 10.000 euro il costo annuo a paziente

Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) chiedono più attenzione da parte delle Istituzioni. In occasione del loro VII Congresso, terminato oggi a Palermo, hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può arrivare a generare un costo di 10.000 euro all'anno per paziente. Discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva. Nel rinnovo del Consiglio Direttivo IG-IBD, confermato il Segretario nazionale Fernando Rizzello. Tra gli impegni 2016 della Società, lo sforzo per una ricerca scientifica made in Italy ampia e di valore. Si conclude il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che, con la partecipazione di circa 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia, è stata l'edizione con più presenze. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno.

Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del Consiglio Direttivo della Società. Confermati il Segretario nazionale Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi, i consiglieri Fabrizio Bossa, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo, Emma Calabrese, Università di Roma Tor Vergata, Filippo Mocchiari, Ospedale Civico di Palermo e Antonio Rispo, A.O.U. Federico II di Napoli. Alessandro Armuzzi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a Simone Saibeni, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho.

Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari", illustra Ambrogio Orlando, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. "La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di

una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti".

"L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie", spiega Gilberto Poggioli, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi. "Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa' la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente".

"Per il 2016 IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino", evidenzia Fernando Rizzello. "Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti".

Palermo, 5 dicembre 2015

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO (M.I.C.I.)

Per ogni paziente con le M.I.C.I. circa 10.000 euro il costo annuo

Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) chiedono più attenzione da parte delle Istituzioni. In occasione del VII Congresso Nazionale dell'*Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases* (IG-IBD) di Palermo – l'edizione con più presenze visti i 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia – hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può arrivare a generare un costo di 10 mila euro all'anno per paziente. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10mila euro all'anno.

Il nuovo consiglio direttivo. Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del Consiglio Direttivo della Società. Confermati il Segretario nazionale **Fernando Rizzello**, Università di Bologna S. Orsola Malpighi, i consiglieri **Fabrizio Bossa**, Ospedale 'Casa Sollievo della Sofferenza' IRCCS San Giovanni Rotondo, **Emma Calabrese**, Università di Roma 'Tor Vergata', **Filippo Mocchiari**, Ospedale Civico di Palermo e **Antonio Rispo**, A.O.U. Federico II di Napoli. Alessandro Armuzzi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a **Simone Saibeni**, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho. Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari – illustra **Ambrogio Orlando**, responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. "La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (influximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale.

Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti". "L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie – spiega **Gilberto Poggioli**, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi – Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa' la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente". "Per il 2016 IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino – evidenzia Fernando Rizzello – Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori *made in Italy* nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti". (**EUGENIA SERMONTI**)



Malattie infiammatorie croniche dell'intestino, si è chiuso il Congresso Nazionale

DI INSALUTENEWS - 6 DICEMBRE 2015



Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) chiedono più attenzione da parte delle Istituzioni. In occasione del loro VII Congresso, terminato ieri a Palermo, hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può arrivare a generare un costo di 10.000 euro all'anno per paziente. Discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva. Nel rinnovo del Consiglio Direttivo IG-IBD, confermato il Segretario nazionale Fernando Rizzello. Tra gli impegni 2016 della Società, lo sforzo per una ricerca scientifica made in Italy ampia e di valore

Palermo, 6 dicembre 2015 – Si è concluso il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che, con la partecipazione di circa 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia, è stata l'edizione con più presenze. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno.

Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del Consiglio Direttivo della Società. Confermati il Segretario nazionale Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi, i consiglieri Fabrizio Bossa, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo, Emma Calabrese, Università di Roma Tor Vergata, Filippo Mocchiari, Ospedale Civico di Palermo e Antonio Rispo, A.O.U. Federico II di Napoli. Alessandro Armuzzi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a Simone Saibeni, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho.

Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari – illustra Ambrogio Orlando, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD – La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali

biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti".

"L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie – spiega Gilberto Poggioli, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi – Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente".

"Per il 2016, IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino – evidenzia Fernando Rizzello – Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti".

Malattie infiammatorie croniche dell'intestino, si è chiuso il Congresso Nazionale

Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) chiedono più attenzione da parte delle Istituzioni. In occasione del loro VII Congresso, terminato ieri a Palermo, hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può arrivare a generare un costo di 10.000 euro all'anno per paziente. Discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva. Nel rinnovo del Consiglio Direttivo IG-IBD, confermato il Segretario nazionale Fernando Rizzello. Tra gli impegni 2016 della Società, lo sforzo per una ricerca scientifica made in Italy ampia e di valore

Palermo, 6 dicembre 2015 – Si è concluso il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che, con la partecipazione di circa 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia, è stata l'edizione con più presenze. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno.

Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del Consiglio Direttivo della Società. Confermati il Segretario nazionale Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi, i consiglieri Fabrizio Bossa, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo, Emma Calabrese, Università di Roma Tor Vergata, Filippo Mocciano, Ospedale Civico di Palermo e Antonio Rispo, A.O.U. Federico II di Napoli. Alessandro Armuzzi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a Simone Saibeni, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho.

Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari – illustra Ambrogio Orlando, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD – La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro.

Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale.

Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti”.

“L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie – spiega Gilberto Poggioli, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi – Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente”.

“Per il 2016, IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino – evidenzia Fernando Rizzello – Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti”.

| Medicina scienza e ricerca

Malattie infiammatorie croniche dell'intestino: gli esperti chiedono una gestione migliore dell'assistenza

Dal congresso nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) l'appello alle istituzioni per una gestione più appropriata delle "MICI" che, secondo le stime, possono generare costi fino a 10 mila euro annui a paziente. Focus anche sull'innovazione farmacologica



Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno. È il bilancio sulle malattie infiammatorie croniche intestinali (Mici) che arriva da Palermo, dove sabato scorso si è chiuso il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD). Durante i lavori della kermesse, che ha riunito in Sicilia circa 500 delegati, è stato posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può – secondo le stime degli esperti – arrivare a generare un costo di 10 mila euro all'anno per paziente. Inoltre, sono state discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva.

Ampio spazio è stato dedicato anche alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari", afferma Ambrogio Orlando, responsabile dell'Ambulatorio MICI presso l'A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello" di Palermo e coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD: "La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (influximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere

disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti".

Per Gilberto Poggioli, ordinario di Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna e direttore Chirurgia del tratto intestinale al Policlinico Sant'Orsola Malpighi, "l'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie. Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente".

Il Congresso di Palermo ha rinnovato il consiglio direttivo, confermando il segretario nazionale Fernando Rizzello. "Per il 2016 – commenta Rizzello – IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino. Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle associazioni dei pazienti".

IL TIRRENO

B BENESSERE & SALUTE

Malattie dell'intestino, in arrivo terapie personalizzate

Queste patologie hanno un pesante impatto sulla qualità della vita e un elevato costo sociale: si calcola infatti che ogni malato viene a pesare sulla collettività per una cifra pari a diecimila euro l'anno.



In arrivo nuovi farmaci e terapie personalizzate per combattere le malattie croniche intestinali che hanno un pesante impatto sulla qualità della vita e un elevato costo sociale: si calcola infatti che ogni malato viene a pesare sulla collettività per una cifra pari a diecimila euro l'anno.

Di tutto ciò si è parlato nel settimo congresso nazionale dell'*Italian group for inflammatory bowel diseases* che si è svolto a Palermo. I 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutta Italia hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema. Discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva.

Nel rinnovo del consiglio direttivo dell'*Italian group for inflammatory bowel diseases*, confermato il segretario nazionale **Fernando Rizzello**.

Tra gli impegni 2016 della Società, lo sforzo per una ricerca scientifica made in Italy ampia e di valore. Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. «Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle *inflammatory bowel diseases* si basa su due aspetti complementari», illustra **Ambrogio Orlando**, responsabile ambulatorio degli ospedali riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico dell'*Italian group for*

inflammatory bowel diseases. «La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti».

«L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle malattie croniche intestinali ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie», spiega **Gilberto Poggioli**, ordinario di Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna e direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi. «Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle *inflammatory bowel diseases*, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente».

Malattie infiammatorie croniche dell'intestino: circa 10.000 euro il costo annuo a paziente



Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) chiedono più attenzione da parte delle Istituzioni. In occasione del loro VII Congresso hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può arrivare a generare un costo di 10.000 euro all'anno per paziente.

Si conclude il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che, con la partecipazione di circa 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia, è stata l'edizione con più presenze. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale.

Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno.

Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del Consiglio Direttivo della Società. Confermati il Segretario nazionale Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi, i consiglieri Fabrizio Bossa, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo, Emma Calabrese, Università di Roma Tor Vergata, Filippo Mocchiari, Ospedale Civico di Palermo e Antonio Rispo, A.O.U. Federico II di Napoli. Alessandro Armuzzi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a Simone Saibeni, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho.

Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari", illustra Ambrogio Orlando, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. "La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi.

Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti".

"L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie", spiega Gilberto Poggioli, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi.

"Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni.

Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa' la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente".

"Per il 2016 IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino", evidenzia Fernando Rizzello. "Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale.

Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti".

Questo sito contribuisce all'audience di  Leonardo.it Benessere



MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO



Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) hanno affrontato diversi temi: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il **costo a malato** viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa **10.000 euro all'anno**.

“Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari”, illustra **Ambrogio Orlando**, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. “La **personalizzazione del trattamento**, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'**impiego di farmaci innovativi**. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è **vedolizumab**, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è **tofacitinib**, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, **mongersen**, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi **biosimilari** che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti”.

“L’innovazione farmacologica degli ultimi anni nell’ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie”, spiega **Gilberto Poggioli**, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l’Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant’Orsola Malpighi. “Non è diminuito il numero di **interventi** ma è cambiata la loro natura, essendo diventati **sempre più conservativi**. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l’integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa’ la chirurgia era considerata l’ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall’inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, **la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica**. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell’ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente”.



MICI

08/12/2015

Malattie infiammatorie croniche intestinali, in arrivo nuovi farmaci mirati. Ricerca italiana in prima linea



Si è da pochi giorni concluso il congresso nazionale dell'Italian group for inflammatory bowel diseases (IG-IBD). È stata l'occasione per fare il punto sulle **malattie infiammatorie croniche intestinali** (Mici), sulle nuove terapie e sui costi che il Servizio sanitario nazionale deve affrontare per queste patologie.

«Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura di queste patologie si basa su due aspetti complementari» illustra **Ambrogio Orlando**, responsabile ambulatorio Mici agli Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD «la personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi».

Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi.

«Il primo è vedolizumab» spiega l'esperto «che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale».

È importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti.

«L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle Mici ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie» spiega **Gilberto Poggioli**, ordinario di medicina e chirurgia presso l'Università di Bologna e direttore della chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi «non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni».

Fino a 15 anni fa infatti la chirurgia era l'ultimo step del percorso di cura. «Oggi, invece» aggiunge «fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle Mici e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente».

«Per il 2016 IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino» evidenzia **Fernando Rizzello** «ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale».



Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta

Il Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), giusto alla sua settima edizione (Palermo, 3-5 dicembre), è stato un'occasione preziosa per fare il punto della situazione su queste patologie croniche, spesso invalidanti, che in Italia affliggono non meno di 200.000 persone.

“Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI” evidenzia Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD). “Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute indica questa carenza di dati come una delle maggiore criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati”.

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta. “La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali richiede il concorso di diversi specialisti” afferma Anna Kohn, Responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. “Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa. Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno”.

“L’approvazione in Conferenza Stato-Regioni del PDTA per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista” commenta Salvatore Leone, Direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell’Intestino AMICI Onlus. “Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un’assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l’imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l’approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità”.

Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta[Home](#)[News](#)[Malattie infiammatorie croniche intestinali: il PDTA non resti sulla carta](#)

Malattia di Crohn e colite ulcerosa nel nostro Paese interessano circa 200.000 persone, con un'incidenza medio-alta, negli ultimi due decenni ulteriormente in crescita, specie nella fascia d'età 15-20 anni. Se n'è parlato nei giorni scorsi a **Palermo** in occasione della settima edizione del Congresso Nazionale del Gruppo Italiano per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche dette MICI.

Gli esperti dell'**Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD)** hanno fatto il punto su un insieme di patologie croniche e spesso invalidanti che affliggono tantissimi italiani. **Ad oggi non esistono ancora dati epidemiologici certi, né stime precise sull'impatto socio-economico del problema.** Grazie al recente accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)**, compiuto un fondamentale passo avanti per migliorare le cure e ottimizzare la gestione delle risorse. Ma occorre l'impegno di Regioni e singoli ospedali per passare dalla teoria alla pratica.

«Ad oggi non esistono studi epidemiologici sulle MICI» ha evidenziato **Fernando Rizzello**, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi e Segretario nazionale IG-IBD. «Così come manca un dato reale sull'impatto economico del problema, a livello di costi diretti per il SSN (terapie, ricoveri, esami) e indiretti a carico della società e dei singoli pazienti (giornate lavorative perse, accertamenti diagnostici non riconosciuti nei LEA). **Il Piano nazionale per le cronicità 2014-2016 del Ministero della Salute** indica questa carenza di dati come una delle maggiori criticità nell'attuale gestione delle MICI. La nostra Società intende lavorare con l'obiettivo di colmare questo gap. Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi per ridurre il ritardo diagnostico, che in Europa va dai 3 ai 6 mesi, ma in Italia può arrivare ad anni. A questo scopo IG-IBD ha in corso lo Studio Red Flags che, coinvolgendo i medici di famiglia, identificherà i sintomi campanello d'allarme utili a indirizzare precocemente i pazienti che ne hanno bisogno alle cure più appropriate in centri qualificati».

L'assistenza ai malati con MICI nel nostro Paese risente di problemi di carattere organizzativo a cui il recente Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrebbe dare risposta.

«**La natura multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali** richiede il concorso di diversi specialisti» ha affermato **Anna Kohn**, responsabile Unità Operativa Semplice MICI, Ospedale San Camillo Forlanini di Roma. «Questo per il malato può diventare stressante oltretutto oneroso, se a monte non viene definito un percorso chiaro. Grazie al PDTA ogni paziente potrà essere indirizzato a una specifica struttura e a un team di esperti che si faranno carico del suo problema. La definizione di un percorso a

livello territoriale servirà ad individuare i centri di primo livello – per non far spostare dalle loro sedi di residenza i pazienti che hanno esigenze più semplici – e quelli di secondo e di terzo livello, che dovranno gestire i casi più complessi, consentendo esiti migliori e un contenimento della spesa grazie a un impiego più oculato dei farmaci innovativi ad alto costo. **Purtroppo in passato molti percorsi sono rimasti solo documenti mai passati alla fase attuativa.** Il nostro lavoro nei prossimi mesi deve far sì che le Regioni si attivino per implementare i PDTA, definendo azioni concrete, facendo un censimento delle strutture e delle risorse da valorizzare, e che poi ogni ospedale dia vita a un suo specifico percorso interno».

«L'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le MICI è un risultato estremamente importante sotto diversi punti di vista» ha commentato **Salvatore Leone**, direttore Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino AMICI Onlus. «Non solo permetterà di gestire in modo più appropriato queste patologie, può rappresentare uno strumento di governance molto efficace per migliorare la sostenibilità del SSN. Servirà a ridurre i costi generati da una diagnosi tardiva, che spesso determina una malattia più aggressiva che necessita di terapie e trattamenti più onerosi. Ridurrà i costi dovuti alla non standardizzazione dei percorsi di cura, che spinge i pazienti a spostarsi in altre Regioni, alla ricerca di un'assistenza a loro avviso migliore. La redazione del PDTA ha visto lavorare di concerto la nostra Associazione e Cittadinanzattiva, con l'imprescindibile contributo dei medici e delle Società scientifiche, tra le quali IG-IBD che è per noi quella di riferimento. Il prossimo passo sarà verificare nelle diverse Regioni l'approvazione delle delibere attuative e la concreta implementazione del PDTA, in base alle caratteristiche delle singole realtà locali, individuando nel percorso quelle prestazioni che soddisfano le esigenze dei pazienti nel rispetto della sostenibilità».

Malattie infiammatorie croniche dell'intestino: Circa 10.000 Euro il costo annuo a paziente



*Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) chiedono più attenzione da parte delle Istituzioni. In occasione del loro VII Congresso, terminato oggi a Palermo, hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può arrivare a generare un costo di 10.000 euro all'anno per paziente. Discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva. Nel rinnovo del Consiglio Direttivo IG-IBD, confermato il Segretario nazionale Fernando Rizzello. Tra gli impegni 2016 della Società, lo sforzo per una ricerca scientifica made in Italy ampia e di valore. Si conclude il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che, con la partecipazione di circa 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia, è stata l'edizione con più presenze. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il **costo a malato** viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa **10.000 euro all'anno**.*

Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del **Consiglio Direttivo** della Società. Confermati il Segretario nazionale **Fernando Rizzello**, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi, i consiglieri **Fabrizio Bossa**, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo, **Emma Calabrese**, Università di Roma Tor Vergata, **Filippo Mocchiari**, Ospedale Civico di Palermo e **Antonio Rispo**, A.O.U. Federico II di Napoli. **Alessandro Armuzzi**, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a Simone Saibeni, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho. Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia

terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. *“Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari”,* illustra **Ambrogio Orlando**, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. *“La **personalizzazione del trattamento**, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'**impiego di farmaci innovativi**. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infiximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è **vedolizumab**, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è **tofacitinib**, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre, **mongersen**, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi **biosimilari** che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti”.*

“L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie”, spiega **Gilberto Poggioli**, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi. *“Non è diminuito il numero di **interventi** ma è cambiata la loro natura, essendo diventati **sempre più conservativi**. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa' la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, **la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica**. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente”.*

“Per il 2016 IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino”, evidenzia **Fernando Rizzello**. *“Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti”.*

**CONGRESSI: VII Congresso Nazionale IG-IBD**

Gli esperti del Gruppo italiano per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) chiedono più attenzione da parte delle Istituzioni. In occasione del loro VII Congresso, terminato oggi a Palermo, hanno posto l'accento sull'importanza di una gestione più appropriata del problema, che può arrivare a generare un costo di 10.000 euro all'anno per paziente. Discusse le nuove possibilità di cura offerte dai farmaci biologici e il ruolo della chirurgia divenuta sempre più specializzata e mininvasiva. Nel rinnovo del Consiglio Direttivo IG-IBD, confermato il Segretario nazionale Fernando Rizzello. Tra gli impegni 2016 della Società, lo sforzo per una ricerca scientifica made in Italy ampia e di valore.

Si conclude il VII Congresso Nazionale dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che, con la partecipazione di circa 500 delegati provenienti dalle università e dagli ospedali di tutt'Italia, è stata l'edizione con più presenze. Diversi i temi affrontati: dai medicinali di prossimo impiego agli attuali orientamenti in ambito chirurgico, dalle criticità metodologiche dei trials clinici alle difficoltà organizzative dell'offerta assistenziale. Un ritardo diagnostico non diminuito negli ultimi 30 anni, il pesante impatto sulla qualità di vita, l'accesso alle terapie ancora disomogeneo e la conseguente migrazione di pazienti da una Regione all'altra in cerca di cure migliori sono alcune delle problematiche a causa delle quali il costo a malato viene attualmente stimato, seppure indicativamente, in circa 10.000 euro all'anno.

Il Congresso ha visto i 500 iscritti dell'IG-IBD impegnati nel rinnovo del Consiglio Direttivo della Società. Confermati il Segretario nazionale Fernando Rizzello, Università degli Studi di Bologna, S. Orsola Malpighi, i consiglieri Fabrizio Bossa, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo, Emma Calabrese, Università di Roma Tor Vergata, Filippo Mocchiari, Ospedale Civico di Palermo e Antonio Rispo, A.O.U. Federico II di Napoli. Alessandro Armuzzi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, subentra a Simone Saibeni, A.O. G. Salvini, Ospedale di Rho.

Durante l'evento, ampio spazio è stato dedicato alle novità sul fronte della strategia terapeutica, dove è fondamentale il confronto tra le possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace per la cura delle IBD si basa su due aspetti complementari", illustra Ambrogio Orlando, Responsabile Ambulatorio MICI, AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e Coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD. "La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente, e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (infliximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di fase 3, al quale partecipa anche il nostro centro. Di prossimo impiego, inoltre,

mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti”.

“L'innovazione farmacologica degli ultimi anni nell'ambito delle MICI ha sicuramente influenzato il modo in cui oggi si fa chirurgia su queste patologie”, spiega Gilberto Poggioli, Ordinario di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi. “Non è diminuito il numero di interventi ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti: mentre in passato avrebbero subito interventi spesso demolitivi, attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni. Altro elemento da evidenziare è il fatto che fino a 15 anni fa' la chirurgia era considerata l'ultimo step del percorso di cura. Oggi, invece, fin dall'inizio, il chirurgo, specializzato per intervenire sulle IBD, e il gastroenterologo si confrontano sulla strategia da mettere in atto e, a seconda dei casi, la chirurgia può integrare precocemente la terapia farmacologica. La comunicazione e la collaborazione fra specialisti eterogenei è ormai un tratto comune ai diversi settori della medicina, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare del paziente”.

“Per il 2016 IG-IBD intende continuare il percorso intrapreso con l'obiettivo di favorire la produzione di studi clinici significativi sul fronte delle malattie croniche infiammatorie dell'intestino”, evidenzia Fernando Rizzello. “Ci auguriamo, in particolare, di riuscire a spronare la ricerca scientifica indipendente e di contribuire all'affermazione dei lavori made in Italy nel contesto internazionale. Tra gli impegni prioritari della nostra Società, inoltre, la promozione nelle diverse Regioni di delibere attuative del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e l'avvio di progetti volti a ricostruire in modo preciso e rigoroso il reale peso sociale ed economico delle MICI, coinvolgendo tutti i livelli della società, dal Servizio Sanitario Nazionale al Welfare, con il prezioso contributo delle Associazioni pazienti”.

| Medicina scienza e ricerca

Malattie croniche intestinali: si può fare di più per migliorare l'appropriatezza

In Italia si spendono 10 mila euro l'anno per paziente per curare patologie quali morbo di Crohn o colite ulcerosa. Il costo si potrebbe contenere se solo si riducesse il ritardo diagnostico e si facilitasse l'accesso alle terapie, ancora disomogeneo

di [Redazione Aboutpharma Online](#)

7 gennaio 2016

In Italia si aggira sui 10 mila euro l'anno il costo per paziente delle malattie croniche intestinali (Mici), quali morbo di Crohn o colite ulcerosa. Un costo che si potrebbe contenere se solo si riducesse il ritardo diagnostico e si facilitasse l'accesso alle terapie, ancora disomogeneo, che ha tra le sue conseguenze anche la migrazione di pazienti da una Regione all'altra. Queste sono solo alcune delle conclusioni cui sono giunti gli specialisti riuniti al recente congresso di Palermo dell'Italian Group for Inflammatory Bowel Diseases (IG-IBD) che ha anche confermato Fernando Rizzello (nella foto), dell'Università di Bologna, nella carica di segretario nazionale.

Sul fronte terapeutico resta aperto il dibattito sulle possibilità offerte dai farmaci e l'utilità dell'intervento chirurgico. "Oggi, la scelta farmacologica più efficace si basa su due aspetti complementari. La personalizzazione del trattamento, in base alle caratteristiche del singolo paziente – ha spiegato Ambrogio Orlando, responsabile dell'ambulatorio Mici, presso l'Ao Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo e coordinatore nazionale comitato scientifico IG-IBD – e l'impiego di farmaci innovativi. Oltre ai medicinali biologici già a nostra disposizione, (influximab, adalimumab e golimumab), ne sono in arrivo di nuovi. Il primo è vedolizumab, che agisce bloccando il passaggio delle cellule infiammatorie dal sangue alla mucosa intestinale e che dovrebbe essere disponibile entro i primi mesi del 2016. Altra molecola all'orizzonte è tofacitinib, che impedisce il rilascio di una serie di citochine pro infiammatorie e per il quale è in corso uno studio internazionale di Fase 3. Di prossimo impiego, inoltre, mongersen, farmaco con storia tutta italiana dimostratosi molto efficace per il Crohn in Fase 2, che ha il vantaggio dell'assunzione orale e agisce per via topica, ripristinando la normale omeostasi infiammatoria a livello intestinale. Importante anche il ruolo dei primi biosimilari che, grazie al costo ridotto, rendono le terapie più sostenibili consentendo di fornirle a un numero maggiore di pazienti". Novità anche sul versante chirurgico. "Non è diminuito il numero di interventi – chiarisce spiega Gilberto Poggioli, direttore della Chirurgia del tratto alimentare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna – ma è cambiata la loro natura, essendo diventati sempre più conservativi. Occorre tuttavia monitorare nel lungo periodo gli effetti di questo nuovo approccio terapeutico, per verificare cosa succede ai pazienti. Attualmente vengono operati cercando di preservare l'integrità del tratto intestinale, che risulta però esposto a una condizione di infiammazione cronica per più anni".