

Il Libro Bianco della gastroenterologia italiana Le malattie dell'apparato digerente: impatto e prevenzione in Italia

Analisi, sintesi e adattamento con focus sull'impatto alcolcorrelato a cura di Emanuele Scafato¹

14 luglio 2011 - L'impatto delle malattie dell'apparato digerente (Mad) sulla salute della popolazione italiana è rilevante. La mortalità per Mad rappresenta la quinta causa di morte nella popolazione maschile e la settima in quella femminile. I decessi per neoplasie maligne dell'apparato digerente nel 2009 rappresentano, rispettivamente, il 32,8% e il 30,1% dei decessi per tumore maligno nel sesso maschile e femminile. Complessivamente, la mortalità per Mad e per neoplasie dell'apparato digerente nel 2009 ha determinato il 15,3% dei decessi nei maschi e l'11,5% nelle femmine.

Questi i dati salienti del "[Libro Bianco della gastroenterologia italiana](#)" (scarica la sintesi, pdf 857 kb) presentato il 14 luglio 2011 in Parlamento dai gastroenterologi italiani, rappresentanti delle società scientifiche afferenti alla Federazione italiana malattie addominali, Fismad e delle istituzioni di salute pubblica e di ricerca che hanno partecipato alla stesura dei contenuti in un approccio multidisciplinare e multi professionale, spinti da un comune intento propositivo e coordinati da un comitato editoriale di elevato valore scientifico e sanitario.

L'analisi dettagliata e per cause specifiche di interesse clinico ed epidemiologico ha delineato nel corso di tre anni di intensa attività analitica, un quadro complessivo che non lascia dubbi sulla necessità di un rinnovato approccio mirato alla valorizzazione delle competenze di prevenzione, identificazione precoce, diagnosi, cura e riabilitazione proprie di un settore specialistico di primaria importanza.

I numeri parlano chiaro

Il numero di ospedalizzazioni per Mad in Italia ha subito un trend in aumento nel decennio 1999-2009, rappresentando una delle più frequenti cause di ricorso ai servizi sanitari. Il ricorso ai ricoveri in regime diurno rappresenta una percentuale dei ricoveri ordinari che varia, a seconda dei criteri di analisi utilizzati, dal 13% al 24%. In regime ordinario il numero dei ricoveri per cause gastroenterologiche giunge fino al 73% nelle UU OO di Medicina e Chirurgia Generale.

Il reparto Salute della popolazione e suoi determinanti del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps), Istituto superiore di sanità (Iss), in collaborazione con l'Osservatorio nazionale alcol dell'Iss e la Società italiana di alcolologia (Sia) ha contribuito alla stesura del Libro Bianco fornendo utili valutazioni sulla prevenzione delle patologie e problematiche alcolcorrelate.

I dati, in estrema sintesi, riferiscono di oltre 25.000 decessi l'anno causati dall'alcol, 137 ricoveri/100.000 abitanti/anno per cause totalmente attribuibili all'alcol e nove milioni di consumatori a rischio, prevalentemente di sesso maschile, ma con preoccupanti differenze registrate in particolare per i giovanissimi, per le donne e per gli anziani. In rapporto all'età si evidenzia un numero rilevante di ricoveri nel periodo maggiormente produttivo, fra i 35 e i 55 anni.

Il 50% dei ricoveri totalmente attribuibili all'alcol è di pertinenza gastroenterologica (33% per cirrosi epatica) ed è sempre più crescente il rilievo di patologie collegate all'eccedenza quotidiana, come la steatosi epatica, o agli esiti degli episodi di intossicazione alcolica dei quali il 17% di tutti quelli richiedono il ricorso al ricovero ospedaliero è a carico di giovanissimi di entrambi i sessi di età inferiore ai 14 anni.

Il 20% circa dei ricoveri ospedalieri e il 10% dei ricoveri in terapia intensiva è alcol correlato (traumatismi, cirrosi correlate al trapianto, ecc).

Il 35% di trapianti di fegato in Italia è direttamente o indirettamente correlato all'uso di alcol.

Per epatopatia da alcol si registrano ogni anno 170 dimissioni/100.000 abitanti, con impatto costante e sempre più ricorrente di ricoveri per steatosi epatica, epatite acuta alcolica, cirrosi epatica verosimilmente favorite da un cambiamento delle modalità di consumo alcolico nella popolazione, sempre più lontane dai regimi alimentari moderati e tipici della dimensione mediterranea.

Oltre il 20% delle epatopatie è alcol correlato.

Studi osservazionali hanno dimostrato un incrementato rischio di cirrosi con il consumo di oltre 10 g/die di alcol per la donna e di circa 20 g/die per l'uomo. La cascata di eventi è caratterizzata da steatosi epatica con un 60-100% dei casi, reversibile in caso di astensione. Il 20-40% dei casi può evolvere a steatoepatite, dall'8% al 20% vi è evoluzione in fibrosi direttamente da un quadro di steatosi, il 20-40% di steatoepatiti può evolvere in cirrosi e un 4-5% in epatocarcinoma. In relazione all'assetto genetico e ai fattori di rischio e comorbidità associate (epatiti virali, diabete mellito, dismetabolismi, ecc) questi passaggi possono verificarsi fra i 5 e i 40 anni.

La patologia epatica alcol-indotta varia da forme lievi quali la steatosi, a forme più severe quali l'epatite acuta alcolica e la cirrosi.

La steatosi epatica costituisce la prima e la più frequente risposta all'assunzione di bevande alcoliche. Clinicamente spesso asintomatica, l'entità della steatosi, sempre più frequente tra i giovanissimi, può avere valore prognostico nei confronti dell'evoluzione della malattia in cirrosi, che rappresenta la fase irreversibile della malattia.

La presentazione clinica dell'epatopatia da alcol è anch'essa parzialmente modificata dai nuovi pattern.

Le forme croniche, pur mantenendo caratteristicamente rappresentative della popolazione adulta, si presentano alla valutazione clinica in una finestra temporale spesso raccorciata rispetto al passato a causa della maggiore frequenza delle forme acute che oggi interessano prevalentemente e troppo precocemente la popolazione dei minori e degli adolescenti con i noti fenomeni del *binge drinking*, il bere per ubriacarsi.

La progressione della cirrosi epatica e lo sviluppo di complicanze ha ovviamente un'evoluzione condizionata dalle abitudini sottese all'uso a maggior rischio più che al consumo di bevande alcoliche.

Il "Libro Bianco della gastroenterologia italiana" contribuisce a rafforzare gli elementi di giudizio utili per la prevenzione reale delle patologie alcolcorrelate, frutto prevalente di recenti influenze culturali e di modelli alimentati da strategie di comunicazione commerciale che propongono le bevande alcoliche in maniera sempre positiva e vantaggiosa.

Ma il giudizio clinico ed epidemiologico non lasciano margini alle valutazioni di possibile convenienza, meno che mai riguardo agli effetti dell'alcol che i gastroenterologi verificano nella pratica quotidiana. Il fegato è in grado di metabolizzare 6 grammi di alcol all'ora; questo significa che un bicchiere di vino da 125 ml o un boccale di birra da 330 ml o un bicchierino di superalcolico da 40 ml impegnano il fegato per almeno 2-3 ore. La quota che eccede i 6 grammi l'ora circola immodificata nell'organismo determinando un danno diretto legato principalmente alle capacità di interferire con i lipidi delle membrane cellulari, indebolendole, (come accade per cellule epatiche e neuroni) ma anche determinando alterazioni che possono giungere al danneggiamento del materiale genetico per eccellenza, il Dna. Ovviamente il danno è maggiore in presenza di malattia in atto, ad esempio in caso di cirrosi. Risulta evidente che in caso di astinenza completa da bevande alcoliche, la cirrosi compensata si associa a sopravvivenza a 5 anni di circa il 90%, mentre si riduce al 60% quando persiste l'assunzione di bevande alcoliche.

Le buone prassi gastroenterologiche hanno oramai consolidato questa e altre evidenze.

Quando la terapia medica, endoscopica, radiologica o chirurgica non è sufficiente per controllare le complicanze della cirrosi, il trapianto di fegato rappresenta oggi un'opzione terapeutica di scelta difficilmente realizzabile appena vent'anni fa. La sopravvivenza dopo trapianto di fegato in pazienti trapiantati per malattia epatica alcolcorrelata è oggi del tutto comparabile a quella di pazienti sottoposti a trapianto di fegato per malattia epatica ad altra eziologia superando l'indicazione controversa al trapianto di fegato sia per motivi etici, che clinici di individui affetti da cirrosi alcolica.

La mortalità per cirrosi epatica alcolcorrelata, nel nostro Paese, è diminuita dagli anni Ottanta grazie a una drastica riduzione del consumo medio pro capite. Tuttavia, oggi è necessario un urgente approccio di intervento capace di favorire una redistribuzione virtuosa del consumo medio andando a raggiungere i consumatori a rischio e valorizzando l'approccio positivo e i modelli proposti e utilizzati dai 27 milioni di italiani e italiane che bevono rispettando la moderazione suggerita dalle linee guida nutrizionali.

Nove milioni di consumatori a rischio in Italia non sono solo il bacino di utenza delle epatopatie acute e croniche ma anche di numerose altre patologie per le quali l'alcol è un importante fattore di attivazione, di danno genetico, di tossicità, di cancerogenesi.

I tumori primitivi del fegato sono al quinto posto tra le cause di morte per tumore e la principale causa di morte nella cirrosi. La sopravvivenza a 5 anni per questi tumori è del 10% e le differenze geografiche sono contenute. I fattori di rischio dei tumori primitivi del fegato sono noti e in grado di spiegare oltre il 70% dei casi. La cirrosi e, più in generale, la malattia cronica del fegato rappresenta il naturale *background* per l'epatocarcinoma (HCC) (associazione HCC/cirrosi >90%) ed è quindi il più importante fattore di rischio con una incidenza del 3-7% l'anno. In larga misura riflettono la prevalenza dell'infezione da virus dell'epatite C (HCV) nella popolazione.

Nell'Italia settentrionale, un terzo dei tumori primitivi del fegato è legato all'eccessivo consumo di bevande alcoliche, dato ancora molto alto rispetto ad altre aree.

La prevenzione primaria mira oggi ad abbattere i fattori di rischio (vaccinazione contro il virus dell'epatite B (HBV), controllo dell'obesità e del diabete, ecc) e ad arrestare la progressione a cirrosi; un consenso unanime è da anni stato raggiunto sull'indispensabilità di astensione dal consumo di alcol ai fini prognostici e di esito.

Ma anche altri organi sono affetti dall'impatto alcolcorrelato.

L'azione tossica dell'etanolo e del suo metabolita acetaldeide è ben nota da tempo. A livello gastroenterologico il consumo di alcol favorisce una serie di alterazioni ben note: ipertrofia delle parotidi, stomatite, glossite, reflusso gastro-esofageo, alterazioni della secrezione cloro-peptica, gastropatia emorragico-erosiva, ritardato svuotamento gastrico, malassorbimento, ridotto transito.

Circa il 10% dei forti bevitori (>80 g/die per 6-12 anni) sviluppa pancreatite cronica severa. Lo sviluppo di questo quadro morboso è condizionato fortemente dall'assetto genetico e dall'uso concomitante di fumo di sigaretta e la letteratura recente continua a segnalare il rischio di sviluppare un tumore del pancreas associato al fumo di sigarette sia esso attivo o passivo. Seppure meno marcata, l'associazione è presente anche con il consumo di alcolici, in particolare è stato evidenziato di recente il rischio correlato all'assunzione di alcolici nel sesso maschile.

Più recentemente l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro ha inserito il "consumo di bevande alcoliche" nel Gruppo 1 delle sostanze cancerogene. La correlazione è stata

evidenziata con queste neoplasie: cavità orale, esofago, faringe, laringe, fegato, colon-retto e mammella.

Relativamente allo stomaco i dati presenti in letteratura sono, a oggi, ancora contrastanti. La neoplasia pancreaticca è favorita da elevate quantità di alcol e l'uso di tabacco rappresenta il fattore eziologico predominante. Il 3,6% di tutti i cancri sono attribuibili al consumo di alcol. Nell'Europa centro-orientale, questa percentuale sale sino al 10%.

Non è possibile a oggi stabilire un dosaggio sicuro, per cui l'uso di bevande alcoliche rimane un comportamento genericamente a rischio. Tuttavia, per quanto concerne il rapporto alcol/cancro, l'European Code Against Cancer considera a basso rischio il consumo di una UA alcolica/die per la donna e due per l'uomo. In caso di familiarità per cancro o in presenza di condizioni o lesioni precancerose è consigliata l'astensione.

Numerose iniziative e strategie sono state attivate nel corso degli ultimi anni al fine di contrastare i fenomeni di abuso di bevande alcoliche, favorire l'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato e promuovere l'intervento breve nei contesti di assistenza primaria. L'attuazione di queste strategie rappresenta una fase cruciale nella prevenzione dell'insorgenza dell'epatopatia alcolcorrelata o delle patologie alcolcorrelate di interesse gastroenterologico. La terapia da attuare è l'astensione assoluta dal consumo di bevande alcoliche. Con l'astinenza, la steatosi epatica è reversibile nella maggior parte dei casi entro alcuni mesi. È importante inoltre che vi sia un adeguato introito nutrizionale, e qualora indicato, che venga intrapresa terapia medica specifica, per il trattamento delle complicanze.

Il ruolo del gastroenterologo: le attività di prevenzione e di promozione della salute

Nel seguire le linee di intervento delineate nel [Piano nazionale della prevenzione 2010-2012](#) i gastroenterologi, in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione Asl/Distretti, dovranno implementare la prevenzione come elemento di promozione della salute, con l'adozione di interventi che possano portare alla riduzione dell'abitudine al fumo, al consumo di alcolici oltre che al controllo del peso. L'attività di educazione sarà rivolta sia alla popolazione generale che, in particolare, alla popolazione scolastica, specialmente nelle scuole secondarie nell'ambito dell'educazione alla salute e a corretti stili di vita, con una corretta educazione nutrizionale e con una valida informazione sui danni da uso di alcol e del fumo.

L'attività di prevenzione come individuazione del rischio (che comprende sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva) deve prevedere il coinvolgimento del territorio e dei mezzi di comunicazione al fine di portare i livelli di partecipazione agli screening già in attuazione sul territorio nazionale e che dovranno essere ulteriormente implementati per poter ridurre l'incidenza dei tumori dell'apparato digerente.

Infine, per quanto riguarda la prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze, il gastroenterologo deve adottare i protocolli diagnostico-terapeutico riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, con un continuo monitoraggio in collaborazione con le strutture sanitarie del territorio.

Tutte queste attività di prevenzione richiedono adeguate risorse umane e strumentali, programmazione a livello regionale di addestramento e ri-addestramento degli operatori coinvolti, monitoraggio continuo dei risultati in cui le società scientifiche di gastroenterologia hanno svolto e intendono continuare a svolgere un ruolo, in collaborazione e di concerto con la programmazione sanitaria regionale. Le Regioni, le Asl e le Aziende ospedaliere, ciascuna per le proprie competenze, dovrebbero accreditare operatori e strutture relativamente all'attività di screening per il cancro coloretale, facendo specifico riferimento ai requisiti minimi di qualità indicati dall'Osservatorio nazionale screening e alle linee guida europee.

La prevenzione primaria, focalizzata all'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole, nelle patologie dell'apparato digerente è volta alla riduzione dell'abitudine al fumo, al consumo di alcol oltre che al controllo del peso.

La prevenzione secondaria si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa. La precocità di intervento aumenta le opportunità terapeutiche, migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi.

La prevenzione terziaria si riferisce alla prevenzione degli esiti più complessi di una malattia. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle probabilità di recidive e della morte.

Nell'ambito della prevenzione primaria, la promozione della salute, pur essendo un concetto teorizzato in varie epoche storiche, è stato codificato nel 1986 dalla "Carta di Ottawa per la promozione della salute", che a distanza di più di vent'anni costituisce un importante e attuale documento di riferimento per lo sviluppo di politiche orientate alla salute.

La Carta di Ottawa, sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), definisce la promozione della salute come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla". Questa definizione implica:

- la creazione di ambienti che consentano di offrire un adeguato supporto alle persone per il perseguimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione
- il rafforzamento dell'azione delle comunità che devono essere adeguatamente sostenute per poter operare autonome scelte per quanto riguarda i problemi relativi alla salute dei cittadini che vi appartengono
- il riorientamento dei servizi sanitari nella logica di renderli più adeguati a interagire con gli altri settori, in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute della comunità di riferimento.

I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-33%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Sta all'individuo e alla società la capacità di interpretare correttamente stili di vita e ambienti di vita, alle istituzioni svolgere un reale impegno di tutela dai fattori di rischio e di malattia che oggi sono fortemente legati ai consumi e alle modalità attraverso cui questi si sono sviluppati in un'ottica di mercato che per alcuni aspetti non favorisce la salute.

¹ [Epidemiologo, Gastroenterologo](#)

[Direttore reparto Salute della popolazione e suoi determinanti, Direttore Centro Organizzazione mondiale della sanità per la Ricerca e la promozione della salute sull'alcol, Direttore Osservatorio nazionale Alcol – Cnesps, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità.](#)