

# Malattie infiammatorie croniche intestinali: epidemiologia in provincia di Cuneo

Inflammatory bowel diseases: epidemiology in the province of Cuneo

Chiara Bertolino<sup>1</sup>, Angela Garrone<sup>1</sup>, Marco Astegiano<sup>3</sup>, Davide Ribaldone<sup>3</sup>, Riccardo Vanni<sup>4</sup>, Luciano Bertolusso<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Corso di Formazione Specifica Medicina Generale Università di Torino, <sup>2</sup>Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Torino, <sup>3</sup>Dipartimento di Gastroenterologia Città della Salute e della Scienza Ospedale Molinette Torino, <sup>4</sup>Ospedale Michele e Pietro Ferrero Verduno, <sup>5</sup>SIMG Cuneo



## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

## How to cite this article:

Malattie infiammatorie croniche intestinali: epidemiologia in provincia di Cuneo  
Rivista SIMG 2023;30 (03):12-16.

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



OPEN ACCESS

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

**ABSTRACT** Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) sono patologie la cui prevalenza è in aumento. In Italia non esiste un registro nazionale per cui i dati conosciuti sono basati su ricerche locali spesso non assimilabili con conseguente difficile programmazione gestionale corretta. Nel Distretto 2 dell'ASL di Cuneo è stata condotta una ricerca sulla prevalenza delle MICI coinvolgente i Medici di Medicina Generale (MMG) e le strutture specialistiche di riferimento. I risultati indicano una prevalenza delle MICI del 0.3%, un prevalente interessamento della popolazione giovane-adulta con caratteristiche epidemiologiche e presentazione clinica sovrapponibili alla letteratura internazionale. Non registrate neoplasie invasive e mortalità specifica nel periodo di follow up (12.5 ± 10.3 anni). L'endoscopia ha permesso di raggiungere la diagnosi iniziale nel 95.4% dei casi. Il 30.9% dei pazienti è stato ospedalizzato almeno una volta durante il periodo di osservazione; i pazienti con Crohn hanno avuto più ospedalizzazioni rispetto a quelli con rettocolite ulcerosa (p=0.004). Il 10.9% dei pazienti ha subito almeno un intervento chirurgico per MICI (89.5% con Crohn, p<0.001 vs colite ulcerosa). Tra i Crohn, il 24.3% aveva storia di almeno un intervento chirurgico, il 2.9% due interventi chirurgici. Il 58% degli interventi chirurgici è avvenuto entro i 5 anni dalla diagnosi.

Le MICI seppur patologie croniche a bassa prevalenza, sono di grande impegno per il MMG; ne consegue che sarebbe necessaria una adeguata formazione sulla gestione clinica (es. terapie con farmaci biologici) e altresì indispensabile una collaborazione stretta e strutturata con la medicina specialistica.

*Inflammatory bowel diseases (IBD) show an increased prevalence worldwide. In Italy there is no register, and the known data are based on local searches, often difficult to assimilate, and resulting in a difficult management planning. In District 2 of the ASL of Cuneo, an investigation was conducted on the prevalence of IBD involving General Practitioners (GPs) and specialist structures. The results indicate a prevalence of IBD of 0.3%, a prevalent involvement of the young-adult population with epidemiological features and clinical presentation comparable to the international literature. Neither invasive neoplasms nor specific mortality were recorded in the follow-up period (12.5 ± 10.3 years). Endoscopy allowed to reach the initial diagnosis in 95.4% of cases. Over 30% of patients were hospitalized at least once during the observation period; patients with Crohn's had more hospitalizations than those with ulcerative colitis (p=0.004). More than 10% of patients had at least one disease related surgery (89.5% with Crohn's, p<0.001 vs ulcerative colitis). Among Crohn's, 24.3% had a history of at least one operation, 2.9% had two. Most of operations occurred within 5 years of diagnosis.*

*IBD, although chronic diseases with low prevalence, are of great commitment for the MMG. Therefore, an adequate training on clinical management (e.g. therapies with biological drugs) would be necessary and a close and structured collaboration with specialists is also indispensable.*

**Parole chiave/Key words:** Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), epidemiologia, gestione integrata di patologie croniche

## INTRODUZIONE

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI o IBD, Inflammatory Bowel Disease) sono condizioni infiammatorie croniche spesso immuno-mediate che coinvolgono l'apparato gastrointestinale con un'eziopatogenesi non del tutto conosciuta ma multifattoriale. Le due principali condizioni sono la malattia di Crohn (MC) e la rettocolite ulcerosa (RCU). Un'ulteriore entità patologica, definita malattia infiammatoria intestinale non classificata (IBDU),

non rientra, per le caratteristiche cliniche, nelle due precedenti.<sup>1-3</sup> Sono patologie che insorgono prevalentemente nell'età giovane-adulta e che, in quanto croniche, accompagnano il paziente attraverso tutti gli eventi, sia fisiologici che patologici, della vita. Quindi coinvolgono il MMG che deve essere in grado di svolgere un ruolo di coordinamento, sorveglianza e gestione della patologia, delle sue complicanze e delle terapie, in collaborazione con il Gastroenterologo, con il Chirurgo e con le strutture specialistiche coinvolte. (**Figura 1**)

## MMG e MICI: le ragioni del perchè

**NO** ↓

- Patologia rara
- Competenza specialistica/plurispécialistica
- Terapie complesse/farmaci non gestiti in Medicina Generale

**SI** ↓

- Patologia cronica
- Pazienti giovani
- Storia familiare
- Diagnosi precoce/segnali d'allarme
- Comorbidità
- Terapie croniche/concomitanti
- Follow-up/rischio oncologico/sorveglianza
- Qualità di vita

Figura 1 - MMG e MICI - i motivi dell'interesse

plementato anche attraverso una scheda (Tabella 1) di rilevazione dati in formato digitale, tramite Google Moduli.

Lo studio non comprende la popolazione pediatrica (età inferiore a 14 anni).

I MMG a cui è stata richiesta la collaborazione erano 41; hanno aderito al questionario in 39, di cui 3 erano privi di pazienti affetti da MICI. Sono stati individuati in totale 186 pazienti: 59 dai MMG in modo esclusivo, 50 in collaborazione tra MMG e Ospedale, 77 in carico ai soli specialisti. I MMG avevano in carico in totale 109 pazienti (58.6%), in media 2.8 pazienti per MMG. In particolare, il 67% dei MMG aveva da 1 a 3 pazienti affetti da MICI e il 10% ne aveva più di 7.

## RISULTATI

La popolazione totale con età maggiore o uguale a 14 anni è risultata di 57.615 (aggiornata al 31 dicembre 2021).

Il numero di pazienti totali affetti da MICI è risultato di 186 (103 maschi e 83 femmine) (Tabella 2)

La prevalenza complessiva per le MICI nel distretto di Bra al 31 dicembre 2021 è risultata pari allo 0.32% della popolazione generale. Tra i pazienti erano presenti 20 stranieri (ovvero l'11.4% dei 175 pazienti studiati). Il follow up medio era di 12.5 ± 10.3 anni. Il rapporto MC/RCU è risulta-

L'assenza in Italia di un registro nazionale di tali patologie rende i dati conosciuti frammentari in quanto basati su indagini locali spesso non assimilabili; ne consegue una difficile gestione programmatica uniforme su tutto il territorio italiano. In questo lavoro, abbiamo esaminato, in un ambito territoriale definito, il distretto di Bra dell'ASL CN2 Alba-Bra di Cuneo, i dati epidemiologici delle MICI nella popolazione generale adulta, raccogliendo, confrontando e integrando quelli provenienti dai database dei MMG con quelli dei centri specialistici di riferimento di secondo e

terzo livello (Ospedale "Pietro e Michele Ferrero" di Verduno e "Città della Salute e della Scienza" - Molinette di Torino).

## MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto con la collaborazione tra i 41 MMG e i gastroenterologi dell'Ospedale "Michele e Pietro Ferrero" di Verduno nel periodo di gennaio-marzo 2022 nel distretto sanitario di Bra dell'ASL CN2, costituito da 10 Comuni per una popolazione complessiva di 65.787 abitanti. Il database di raccolta dei dati è stato im-

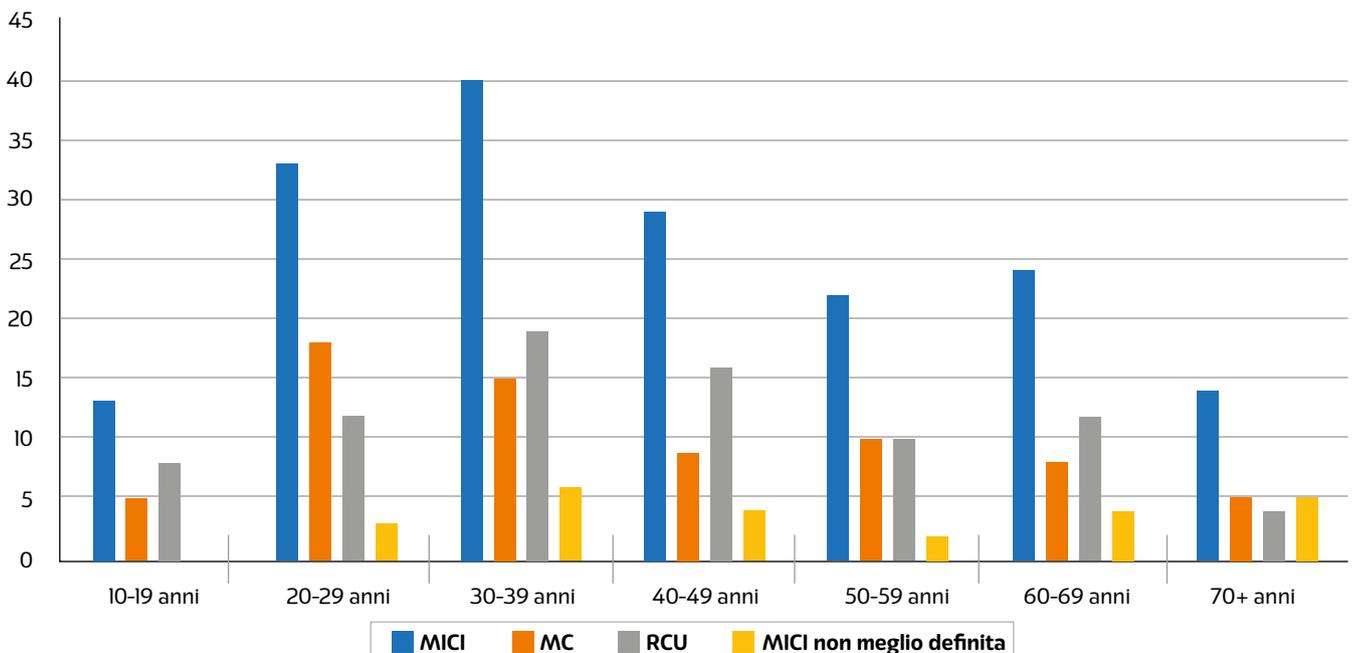


Figura 2 - Distribuzione delle MICI per fasce di età

**Tabella 1 - Scheda di raccolta dati: le informazioni richieste**

Medico curante del paziente
<p><b>Caratteristiche generali del paziente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Età</li> <li>• Sesso</li> <li>• Attività lavorativa</li> <li>• Familiarità per MICI</li> <li>• Esenzione ticket per patologia</li> <li>• Eventuale decesso e causa di morte</li> </ul>
<p><b>Diagnosi di MICI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di MICI (MC, RCU, IBDU)</li> <li>• Età del paziente alla diagnosi</li> <li>• Fonte della documentazione riferita alla diagnosi</li> <li>• Metodologia diagnostica iniziale (endoscopia, radiologia, chirurgia, istologia)</li> <li>• Localizzazione iniziale (esofago, stomaco, duodeno, digiuno, ileo, colon, appendice, retto, ano)</li> </ul>
<p><b>Evoluzione della patologia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificazione della localizzazione</li> <li>• Eventuali ricoveri</li> <li>• Eventuali interventi</li> <li>• Eventuali neoplasie (apparato digerente e/o altro)<sup>4</sup></li> <li>• Terapia e follow-up (terapie in atto, terapie sospese, somministrazione a cicli o continuativa; gestione del follow-up in mano a MMG, specialista di I livello, specialista di II livello)</li> </ul>

to di 1:1.2. Tra gli stranieri sono emerse percentuali più elevate per la RCU (60%) versus 15% di MC. Il rapporto maschi/femmine è risultato complessivamente di 1.2:1 (MC 1:1; RCU 1.4:1; IBDU 1.2:1). L'età media alla diagnosi per la MICI è risultata di 42 ± 17.4 anni. L'età media per MC, RCU e IBDU è risultata rispettivamente di 41 ± 17.2 anni, 42 ± 16.8 anni e 50 ± 19 anni. Le fasce di età più rappresentate alla diagnosi per le MICI sono state 20-29, 30-39, 40-49 anni, con il picco nella fascia 30-39 anni. (Figura 2).

Sono state indagate le metodiche che hanno condotto alla diagnosi iniziale di malattia. L'endoscopia ha permesso di raggiungere la diagnosi iniziale in 167 pazienti su 175 (95.4%): nel 90.9% di questi l'endoscopia da sola è stata sufficiente per la diagnosi iniziale, mentre in 8 è stato necessario l'apporto dell'imaging o della chirurgia.

L'intervento chirurgico (con indagine anatomicopatologica) è stato decisivo per giungere alla diagnosi iniziale in 7 pazienti (4% dei 175). Solo in 1 paziente l'imaging è stato l'unico strumento diagnostico iniziale. È stata anche valutata la localizzazione iniziale di malattia e la successiva eventuale estensione. In 23 casi sui 175 analizzati (13%) c'è stata un'estensione della malattia durante il follow-up rispetto alla localizzazione alla diagnosi e questo è avvenuto in 11 pazienti con RCU (14%), 9 con MC (13%), 3 con IBDU (12.5%). Non sono stati registrati decessi tra i pazienti dello studio nel periodo di follow up considerato.

Sono stati riscontrati 14 casi di neoplasia durante il follow up (8% dei pazienti): 4 pazienti affetti da MC, 7 da RCU e 3 da IBDU. (Tabella 3) Non è stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa (p=0.5) tra i pazienti affetti da MC e quelli

con RCU per la comparsa di tumore. Durante il follow up, 6 pazienti (3.4%) hanno presentato una neoplasia intestinale: 4 affetti da RCU e 2 da IBDU. Di questi pazienti, 5 (83.3%) hanno sviluppato la neoplasia entro 5 anni dalla diagnosi di MICI. In particolare, è emerso che: le neoplasie intestinali riscontrate erano tutte adenomi con displasia lieve; nessun paziente ha sviluppato un adenocarcinoma intestinale; il 5% degli affetti da RCU ha sviluppato un adenoma con displasia lieve del colon; nessun paziente affetto da MC ha sviluppato tumori intestinali; nei 2 pazienti con IBDU (8.3%) è stato riscontrato un adenoma del colon con displasia lieve.

Nel nostro studio 54 pazienti (30.9%) hanno ricevuto almeno un'ospedalizzazione durante il periodo di osservazione: il 72.2% di questi ha presentato un'unica ospedalizzazione. I pazienti con MC hanno avuto più ospedalizzazioni rispetto a quelli affetti da RCU (p=0.004): il 42.9% dei pazienti con MC ha avuto almeno 1 ricovero (solo 3 pazienti hanno presentato 3 ricoveri). Ha avuto almeno un ricovero il 21% dei pazienti con RCU e il 29.1% dei pazienti con IBDU.

Il 10.9% dei pazienti con MICI ha subito almeno un intervento chirurgico per e durante la propria malattia: tra gli operati, 17 (89.5%) avevano MC con una differenza statisticamente significativa (p<0.001) rispetto a quelli affetti da RCU. Tra tutti i pazienti con MC il 24.3% ha subito almeno un intervento chirurgico a causa della malattia; il 2.9% ha subito 2 interventi chirurgici. Solo 1 paziente con RCU (1.2%) e 1 solo paziente con IBDU (4.2%) hanno subito un intervento chirurgico. Il 58% del totale degli interventi chirurgici è avvenuto entro i 5 anni dalla diagnosi. L'unico paziente affetto da RCU operato è stato sottoposto ad intervento alla diagnosi.

Riguardo alla terapia, il 71% dei pazienti utilizza regolarmente un 5-ASA (acido 5-aminosalicilico) per via orale, il 31.8% per via topica. Gli steroidi sistemici sono impiegati dal 28% dei pazienti, quelli topici nel 19.6% dei casi. Il 9.3% dei pazienti è in terapia con farmaci biologici (nella maggior parte dei casi, adalimumab) e il 4.7% con immunosoppressori (azatioprina).<sup>5</sup> Il 6.4% dei pazienti non assume terapia.

Nella maggior parte dei casi la terapia è assunta in modo continuativo, mentre nel 23.4% a cicli, da uno a quattro/anno. Le prescrizioni di farmaci biologici hanno superato nella nostra popolazione gli immunomodulatori: il 19.4% dei pazienti ha fatto uso di farmaci biologici/piccole molecole (27.1% per la MC e il 18.5% per RCU)

**Tabella 2 - Caratteristiche dei pazienti affetti da MICI**

DIAGNOSI	TOTALI	MASCHI	FEMMINE
MC	70	35	35
RCU	81	47	34
IBDU *	24	13	11
ALTRI **	11	8	3
TOTALE	186	103	83

\* Nella categoria "MICI non meglio definita" (IBDU) sono inclusi pazienti con caratteristiche cliniche, laboratoristiche e/o endoscopiche diagnostiche per MICI ma senza una diagnosi differenziale di certezza per MC o RCU.

\*\* Per il pazienti (8 maschi e 3 femmine) non sono stati rilevati dati completi poiché si trattava di pazienti che si recavano all'Ospedale di riferimento per eseguire indagini strumentali, ma venivano seguiti per la loro malattia da altri centri. Tali pazienti sono stati considerati nel calcolo di prevalenza delle MICI, ma non sono stati inseriti all'interno dei sottogruppi MC, RCU e IBDU. Quindi il numero complessivo di pazienti che è stato considerato nello studio è 186, mentre gli ulteriori approfondimenti sono stati condotti su 175 pazienti.

prevalentemente nel caso di MC. Il 67.9% dei pazienti sono risultati essere seguiti dal proprio MMG, in modo esclusivo (7.3%) o in collaborazione con i centri di primo e/o secondo livello. Per i restanti (32.1%) i MMG hanno dichiarato di non occuparsi direttamente del follow up.

## DISCUSSIONE

I MMG sono i primi sanitari a cui si rivolge il cittadino con sintomi potenzialmente attribuibili a MICI o con diagnosi accertata di MICI: è necessario investire nella loro formazione poiché essi si ritengono non adeguatamente preparati sul tema delle MICI, specialmente riguardo alla gestione farmacologica.

I dati raccolti nel nostro studio riguardo alla prevalenza delle MICI sono sostanzialmente in accordo con la letteratura, anche se potrebbero essere sottostimati, poiché i pazienti i cui dati sono risultati mancanti o incompleti erano più del 10% del campione esaminato. In effetti sono inferiori ai dati di altri studi condotti in Italia, anche se rispecchiano quelli riportati in Europa e sono superiori rispetto ai Paesi dell'Africa e dell'Asia. Anche la cancellazione automatica del paziente dal database del MMG per decesso o trasferimento potrebbe avere indotto ad una sottostima. Interessante il dato sulla mortalità per patologia: nel nostro campione non si sono registrati decessi dalla diagnosi e durante il follow up: come per il dato delle neoplasie potrebbe indicare una prognosi complessivamente migliore con le attuali strategie gestionali

e terapeutiche; tuttavia, anche questo dato potrebbe essere falsato dalla cancellazione automatica dei pazienti dai database dei MMG al momento del decesso.

I dati riguardanti la familiarità sono risultati invece insufficienti: nella maggior parte dei casi i MMG hanno dichiarato di non essere a conoscenza del fatto che ci fosse una familiarità nei pazienti affetti da MICI.

L'età media alla diagnosi è risultata di  $42 \pm 17.4$  anni nel complesso, di  $41 \pm 17.2$  anni per la MC, di  $42 \pm 16.8$  anni per la RCU e di  $50 \pm 19$  anni per le IBDU. Si tratta quindi di pazienti in età lavorativa e la malattia può avere conseguenze socio-economiche, ad esempio sulla capacità lavorativa.

**Tabella 3**

### Neoplasie riscontrate nei pazienti con IBD durante il follow-up

- Carcinoma del pancreas
- Adenocarcinoma uterino
- Carcinoma del labbro superiore
- Carcinoma della laringe
- Carcinoma della cute
- Carcinoma della vescica
- Carcinoma della prostata
- Adenocarcinoma della mammella

Nel 95.4% dei pazienti al fine di raggiungere la diagnosi iniziale è stata fondamentale l'endoscopia e nel 90.9% dei casi la sola endoscopia ha permesso di fare diagnosi. L'endoscopia si conferma quindi il gold standard per la diagnosi poiché permette di escludere altre malattie e di permettere diagnosi differenziale tra MC e RCU spesso con il supporto dell'istologia. Riguardo alle localizzazioni di malattia i nostri dati concordano con la letteratura.

Il 3.4% dei pazienti affetti da MICI ha sviluppato una neof ormazione intestinale in seguito alla diagnosi di MICI, ma l'unica forma evidenziata è stata l'adenoma del colon con displasia lieve e nessun paziente ha sviluppato adenocarcinomi. Questi dati sono migliori rispetto alla letteratura,<sup>4</sup> secondo cui i pazienti con MC hanno un rischio fino a 30 volte maggiore di sviluppare un adenocarcinoma intestinale rispetto alla popolazione generale. Nella nostra popolazione nessun paziente affetto da MC ha sviluppato neoplasie in tale sede. Un altro elemento interessante è che l'83.3% dei pazienti ha sviluppato adenomi intestinali entro 5 anni dalla diagnosi: questo elemento potrebbe indicare la necessità di follow-up più stretti per la valutazione della displasia e del rischio di cancro invasivo. Per quanto concerne le neoplasie extraintestinali, sono risultati maggiormente suscettibili i pazienti affetti da MC (5.7%) rispetto a quelli con RCU (3.7%), ma la differenza non era statisticamente significativa ( $p=0.5$ ).

Quasi un terzo dei pazienti affetti da MICI è andato incontro ad almeno un'ospedalizzazione a causa della propria malattia, ma nella maggior parte dei casi ad un unico ricovero. Il dato è risultato significativamente più elevato ( $p=0.004$ ) nel caso di MC rispetto a RCU. Il 10.9% dei pazienti affetti da MICI ha subito almeno un intervento chirurgico e tra essi l'89.5% è rappresentato da MC, con una differenza statisticamente significativa ( $p<0.001$ ) rispetto a RCU.

I corticosteroidi e gli aminosalicilati sono stati usati in quasi tutti i pazienti al fine di indurre la remissione e di mantenerla. Il 16.6% dei pazienti ha fatto uso di immunomodulatori durante la malattia: azatioprina nel 90% delle prescrizioni e metotrexato nel 10%. Oltre il 90% dei pazienti ha però interrotto questi farmaci sia per miglioramento clinico che per eventi avversi.

Le prescrizioni di farmaci biologici hanno superato nella nostra popolazione gli immunomodulatori. Occorre ricordare che si tratta di farmaci non prescrivibili diret-

**Tabella 4 - Motivi alla base del mancato reclutamento dei pazienti MICI direttamente dai MMG**

- Recente iscrizione e/o documentazione carente (es. Ricambio generazionale dei mmg)
- Paziente con diagnosi non definita (ibdu)
- Paziente senza esenzione ticket per patologia o in possesso di altra esenzione più favorevole (reddito, invalidità)
- Paziente in follow-up senza terapia
- Paziente gestito in regime privatistico

tamente dal MMG, e il MMG, che non li conosce approfonditamente, può manifestare difficoltà nel valutare eventi avversi od interazioni con altri farmaci. Infine, il 9.7% dei pazienti affetti da MICI risultava non fare nessuna terapia all'ultima visita di follow up.

Un aspetto significativo riguarda il reclutamento dei pazienti: i MMG (39 su 41) hanno reclutato il 58.6% del totale. Ovviamente il risultato è inaspettatamente inferiore al teorico 100%. Le motivazioni possono essere diverse. (Tabella 4)

Anche per questi motivi il numero emerso (2.8 pazienti per ogni MMG) è presumibilmente sottostimato. Solo il 67.9% dei pazienti viene seguito nel follow up dal proprio MMG (da solo o in collaborazione con centri di primo e/o secondo livello). Il numero di assistiti con MICI per ogni MMG non è rilevante; tuttavia, il ruolo del MMG dovrebbe essere centrale dal momento che queste sono patologie croniche con un follow up continuo, di lunga durata e coinvolgono pazienti in età lavorativa con ripercussioni relazionali, sociali ed economiche. Il MMG potrebbe inoltre avere un ruolo nella valutazione dell'aderenza terapeutica. I MMG si trovano per primi di fronte alle complicanze delle MICI (di cui devono anche saper riconoscere tempestivamente le fasi di recidiva), ma hanno difficoltà nel gestire i farmaci più recenti (biologici e piccole molecole) sui quali sono preparati

in modo insufficiente. Riteniamo quindi indispensabile una maggiore formazione dei MMG sulle MICI e sulle terapie ed una collaborazione stretta e strutturale tra le figure professionali che si occupano di questi pazienti al fine di migliorare la qualità di vita del paziente ed ottenere un utilizzo ottimale delle risorse.

#### Limiti dello studio

La maggiore difficoltà nella conduzione dello studio è stata l'impossibilità di una raccolta uniforme e omogenea dei dati con possibile sottostima dei valori di prevalenza. Inoltre, la raccolta incrociata dei dati (tra MMG, specialisti di primo e secondo livello, ASL), che avrebbe migliorato la qualità dei dati e ridotto gli errori, è stata possibile solo per 50 pazienti.

#### Le conclusioni in sintesi:

- prevalenza e localizzazione di malattia alla diagnosi: i dati rilevati non si discostano significativamente da quelli della letteratura internazionale
- età di insorgenza: si conferma l'impatto delle MICI sulla popolazione in età giovane / adulta
- diagnosi: l'endoscopia si conferma il gold standard
- neoplasie: nessuna neoplasia gastrointestinale in fase avanzata e riscontro di neoplasie ancora benigne in fase iniziale nei primi 5 anni dalla diagnosi
- mortalità: nessun decesso direttamente

correlato alle MICI durante il follow up

- chirurgia: quasi soltanto per MC
- ospedalizzazioni: prevalenti per MC, raramente ripetute nel corso della malattia
- terapia: ampio uso di salicilati, i farmaci biologici sono ormai più usati degli immunosoppressori
- follow up: i MMG non sono coinvolti in modo soddisfacente
- sorveglianza: potrebbe essere utile anticipare la sorveglianza endoscopica a 5 anni dall'esordio di MICI per prevenire neoplasie invasive
- prospettive: maggiore coinvolgimento dei MMG attraverso adeguata formazione (soprattutto sulla terapia) e interconnessione con le strutture specialistiche.

#### Bibliografia

1. Flynn S, et al. *Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis*. *Surg Clin North Am* 2019;99:1051-1062.
2. Feuerstein JD, et al. *Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management*. *Mayo Clin Proc* 2017; 92:1088-1103.
3. da Silva BC, et al. *Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis*. *World J Gastroenterol* 2014; 20:9458-9467.
4. Keller DS, et al. *Colorectal cancer in inflammatory bowel disease: review of the evidence*. *Tech Coloproctol* 2019; 23:3-13.
5. Cai Z, et al. *Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review*. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 8:765474.