

COSA C'E' DI NUOVO NELLA DIAGNOSI E NELLA TERAPIA DELLE MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE?

Courtyard by Marriott Rome Central Park

Sabato, 24 Ottobre 2026

PROGRAMMA

8:00 Registrazione dei partecipanti

8.15 Saluto di benvenuto

Francesca Picconi, Giovanni Brandimarte

I Sessione - Novità in tema di fisiopatologia e terapia

Moderatori: *Francesco Di Mario, Antonio Tursi*

8.30 Dispepsia, MRGE (malattia da reflusso gastroesofageo) ed esofagite eosinofila: può esistere una medaglia con tre facce?

Giammarco Giorgetti

8.45 Novità diagnostiche e terapeutiche nella stipsi cronica

Michela Di Fonzo

9.00 Emorragie digestive: algoritmo clinico-diagnostico e il recupero marziale: Strategie di follow-up per il paziente

Solange Fugger

9.15 Come lo studio del Microbiota sta cambiando la gastroenterologia

Loris R. Lopetuso

9.30 Qual è il ruolo dei Nutraceutici in gastroenterologia? Una valutazione ragionata fra evidenze scientifiche ed aspettative dei pazienti

Antonietta Gerarda Gravina

9.45 La gastroenterologia di genere

Eleonora Gaetani

10.00 MASLD (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease) semaglutide e obesita', ruolo degli agonisti recettoriali GLP-1 nel trattamento e nella progressione della malattia. Le evidenze della letteratura

Valerio Spuntarelli

10.15 Discussione: Question & Answer

Moderatori *Alessandro D'Avino, Ilaria Versace.*

10.25 Lettura Magistrale "Le gastriti"

Francesco Di Mario

10.45 Coffee break

II sessione: Novità in tema di diagnostica

Moderatori: *Giammarco Mocci, Raffaele Colucci*

11.00 Ruolo dell'ecografia in gastroenterologia

Amerigo Testa

11.15 TC (tomografia computerizzata) ed RMN (risonanza magnetica nucleare) in gastroenterologia

Mauro Di Roma

11.30 L'endoscopia: appropriatezza prescrittiva

Francesca Picconi

11.45 Il ruolo dei breath test

Giacomo Forti

12.00 Discussione: Question & Answer

Moderatori *Marta Casella, Dimitri Krizzuk*

III Sessione - La malattia diverticolare del colon e le nuove linee guida

Moderatori: *Costantino Zampalatta, Marcello Picchio*

12.10 La Malattia Diverticolare Sintomatica non Complicata (SUDD) e la Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS): come fare la corretta diagnosi differenziale e come impostare la corretta terapia

Alfredo Papa

12.25 Cosa e quando trattare quando parliamo di Malattia Diverticolare del colon?

Antonio Tursi

12.40 Il timing endoscopico e l'importanza di una classificazione endoscopica

Giovanni Brandimarte

12.55 La Malattia Diverticolare: quando operare?

Francesco Sammartino

13.10 Discussione: Question & Answer

Moderatori *Giuseppe Grassi, Joana Alexandrina*

13.20 Light Lunch

IV Sessione: Le Coliti

Moderatori: *Maria Giovanna Graziani, Roberto Faggiani*

14.05 Le MICI (Malattie infiammatorie croniche intestinali) (IBD) (malattie infiammatorie intestinali): importanza della corretta diagnosi e della corretta terapia

Giammarco Mocci

14.20 Le Coliti non IBD (malattie infiammatorie intestinali): dalla diagnosi alla terapia

Roberta Pica

14.35 La colite segmentaria associata alla Diverticolosi (SCAD): cos'è e come gestirla

Walter Elisei

14.50 Discussione: Question & Answer

Moderatori *Giuseppina Piera Lecca, Claudio Cassieri*

15.00 Tavola rotonda conclusiva della giornata: Question & Answer

Giovanni Brandimarte, Francesca Picconi

16.00 Verifica questionario ECM

Giovanni Brandimarte, Francesca Picconi

16.15 Lettura sponsorizzata non ECM 1

16.35 Lettura sponsorizzata non ECM 2

16.55 Chiusura dei lavori

**COSA C'E' DI NUOVO NELLA DIAGNOSI E NELLA TERAPIA DELLE MALATTIE
DELL'APPARATO DIGERENTE?**

Courtyard by Marriott Rome Central Park

Sabato, 24 Ottobre 2026

RAZIONALE

Negli ultimi anni la gastroenterologia ha vissuto un'evoluzione significativa grazie all'integrazione di tecnologie avanzate, medicina di precisione e nuovi farmaci biologici, con un impatto rilevante sulla diagnosi precoce e sul trattamento delle patologie digestive. Intelligenza artificiale (AI) ed endoscopia avanzata: sistemi di deep learning migliorano la rilevazione di polipi e lesioni precancerose in tempo reale, aumentando accuratezza e prevenzione oncologica. Endoscopia di nuova generazione: tecniche come l'endoscopia a contrasto multiplo permettono una migliore caratterizzazione dei tessuti e identificazione precoce delle lesioni. Diagnostica integrata e multimodale: combinazione di imaging, biomarcatori e dati genetici per una diagnosi più precisa e personalizzata. Ruolo dell'AI come "terzo occhio" dell'endoscopista: supporto decisionale clinico e riduzione degli errori diagnostici. Crescente importanza di microbiota intestinale, nutrizione e asse intestino-cervello nella fisiopatologia e gestione delle malattie digestive. Sviluppo di approcci basati su profilo molecolare e genetico per selezionare la terapia più efficace per ogni paziente. Particolarmente rilevanti nelle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI):

- Inibitori JAK (es. tofacitinib, upadacitinib) per modulare la risposta immunitaria.
- Anticorpi anti-interleuchina 23 (es. risankizumab, mirikizumab), più selettivi ed efficaci.
- Nuovi modulatori immunitari e farmaci innovativi (es. etrasimod).
- Terapie basate su mRNA e strategie di immunomodulazione avanzata in fase sperimentale.
- Approcci emergenti come terapia combinata e ottimizzazione sequenziale dei biologici.

La gastroenterologia moderna quindi si sta orientando verso:

- Diagnosi sempre più precoce e accurata (AI + endoscopia avanzata)
- Terapie mirate e personalizzate (biologici, mRNA, immunoterapia)

- Approccio multidisciplinare e centrato sul paziente

Queste innovazioni stanno migliorando significativamente prognosi, qualità di vita e gestione delle malattie croniche e oncologiche digestive. Questi saranno i maggiori topics trattati in questa giornata di aggiornamento scientifico a Roma.

SEDE CORSO: Courtyard by Marriott Rome Central Park **** in Via Giuseppe Moscati, 7, 00168 Roma

ORE FORMATIVE: n° 6,15 ore di formazione complessive

OBIETTIVO FORMATIVO: PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA.

DESTINATARI DELL'OFFERTA FORMATIVA:

Il corso RES è riservato ad un massimo di 50 partecipanti, Specialisti le cui discipline principali saranno Medicina Interna, Medicina di Urgenza, Cardiologia, Medicina generale, Gastroenterologia, Geriatria, Diabetologia, Malattie Infettive, Pneumologia, Endocrinologia

Tipologia di Evento ECM:	Residenziale
Anno di realizzazione:	2026
Nr. di eventi che compongono il progetto:	EDIZIONE 1
Nr. Moduli:	1
Nr. ore evento:	6,15
Nr. Partecipanti:	50
nr. Faculty:	30
Nr. crediti evento:	TBD

RESPONSABILI SCIENTIFICI:

Giovanni Brandimarte

Professore a.c. di Gastroenterologia, Consorzio Universitario Humanitas, Roma

Francesca Picconi

Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Aurelia Hospital, Roma

SEGRETERIA SCIENTIFICA:

Giovanni Brandimarte

Professore a.c. di Gastroenterologia, Consorzio Universitario Humanitas, Roma

Francesco Di Mario

Professore Emerito di Gastroenterologia
Università degli Studi di Parma

Francesca Picconi

Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Aurelia Hospital, Roma

Antonio Tursi

Professore Aggregato Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

FACULTY

- 1. Joana Alexandrina**
Medico di Medicina Generale, Floriamopolis, Brasile
- 2. Giovanni Brandimarte**
Professore a.c. di Gastroenterologia, Consorzio Universitario Humanitas, Roma
- 3. Marta Casella**
Dirigente Medico UOC di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale Israelitico, Roma
- 4. Claudio Cassieri**
Dirigente Medico, UOC di Gastroenterologia, Ospedale "Sandro Pertini", Roma
- 5. Raffaele Alberto Maria Colucci**
Gastroenterologo, Foligno (PG)
- 6. Alessandro D'Avino**
Dirigente Medico UOC di Medicina, IDI, Roma
- 7. Michela Di Fonzo**
Dirigente Medico, UOC di Gastroenterologia, A.O. "S. Camillo-Forlanini", Roma
- 8. Francesco Di Mario**
Professore Emerito di Gastroenterologia, Università di Parma
- 9. Mauro Di Roma**
Direttore UOC di Radiologia, Aurelia Hospital, Roma
- 10. Walter Elisei**
Dirigente Medico, UOC di Gastroenterologia, A.O. "S. Camillo-Forlanini", Roma
- 11. Roberto Faggiani**
Direttore UOC di Gastroenterologia, A.O. "S. Camillo-Forlanini", Roma
- 12. Giacomo Forti**
Dirigente Medico di Gastroenterologia Ospedale "S. Maria Goretti", Latina
- 13. Solange Fugger**
Direttore DEA, Aurelia Hospital, Roma
- 14. Eleonora Gaetani**
Direttore UOC di Medicina, Ospedale "Cristo Re", Roma
- 15. Antonietta Gerarda Gravina**
Professore Associato di Gastroenterologia, Università "Vanvitelli", Napoli
- 16. Gianmarco Giorgetti**
Professore a.c Università Unicamillus, Roma

17. Giuseppe Grassi

Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Ospedale "Cristo Re", Roma

18. Maria Giovanna Graziani

Direttore UOC di Gastroenterologia, A.O. "S. Giovanni-Addolorata", Roma

19. Dimitri Krizzuk

Dirigente Medico UOC di Chirurgia, Aurelia Hospital, Roma

20. Piera Giuseppina Lecca

Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Ospedale "Cristo Re", Roma

21. Loris Riccardo Lopetuso

Professore Associato di Gastroenterologia, Link University, Roma

22. Giammarco Mocci

U.O.C. Gastroenterologia, Azienda Ospedaliera G. Brotzu, Cagliari

23. Alfredo Papa

Professore Associato di Gastroenterologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

24. Roberta Pica

Direttore UOC di Gastroenterologia, Ospedale "Sandro Pertini", Roma

25. Francesca Picconi

Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Aurelia Hospital, Roma

26. Marcello Picchio

Dirigente medico presso il reparto di chirurgia generale e il servizio di endoscopia digestiva dell'ospedale "P. Colombo" di Velletri, ASL Roma H.

27. Francesco Sammartino

Direttore UOC di Chirurgia, Aurelia Hospital, Roma

28. Valerio Spuntarelli

Dirigente Medico UO di Medicina - Ospedale San Giovanni Battista, Roma, Ordine di Malta

29. Amerigo Testa

Direttore UOC di Medicina, Aurelia Hospital, Roma

30. Antonio Tursi

*Professore Aggregato Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

31. Ilaria Versace

Dirigente medico UOC di Medicina, Aurelia Hospital, Roma

32. Costantino Zampaletta

Direttore UOC di Gastroenterologia, Ospedale Belcolle Viterbo

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA'PROFESSIONALE/FORMATIVA
Joana Alexandrina	Medico chirurgo	Gastroenterologia	Medico di Medicina Generale, Floriamopolis, Brasile	Medico di Medicina Generale, Floriamopolis, Brasile
Giovanni Brandimarte	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Consorzio Universitario Humanitas, Roma	Professore a.c. di Gastroenterologia, Consorzio Universitario Humanitas, Roma Il Dott. Giovanni Brandimarte, gastroenterologo a Roma, è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Chieti**. Ha conseguito tre specializzazioni: Medicina dello Sport, Medicina Interna e Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, maturando un profilo clinico completo nella gestione delle patologie dell'apparato digerente.
Marta Casella	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale Israelitico, Roma	Dirigente Medico UOC di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale Israelitico, Roma
Claudio Cassieri	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale "Sandro Pertini", Roma	Dirigente Medico, UOC di Gastroenterologia, Ospedale "Sandro Pertini", Roma
Raffaele Alberto Maria Colucci	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Gastroenterologo, Foligno (PG)	Endoscopia digestiva" (osp. Spoleto) Dal 2006 al dicembre 2015 Responsabile della "Struttura Semplice di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva" Ospedale di Spoleto, a seguito di ri conferme triennali. Da gennaio 2016 al 2019 Responsabile della "Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Digestiva" Ospedale di Spoleto. Dal 18 maggio 2019 a marzo 2024 : anche Responsabile Gestionale della "Struttura Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva" dell' Ospedale di Foligno. Da marzo 2024 a tutt'oggi Responsabile della SSD di "Gastroenterologia di Foligno, Spoleto e Valentina" - E' Referente per lo screening del cancro del colon-retto per Ospedale di Spoleto. Effettua due sedute endoscopiche settimanali presso l'Ospedale di Spoleto, e

				tre giorni alla settimana presso l'endoscopia e il reparto di gastroenterologia dell'Ospedale di Foligno. L'attività svolta è prevalentemente di tipo endoscopico, con esami sia diagnostici che operativi. Questi ultimi comprendono: polipectomie, mucosectomie, legature varici esofagee, sclerosi varici esofagee, posizionamento PEG, posizionamento endoprotesi in neoplasie stenose del colon e dell'esofago, dilatazioni esofagee e coliche per stenosi, trattamento con APC (Argon Plasma Coagulation) nei pazienti con esofago di Barrett.
Alessandro D'Avino	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	IDI, Roma	Dirigente Medico UOC di Medicina, IDI, Roma
Francesco Di Mario	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Università di Parma	Professore Emerito di Gastroenterologia, Università di Parma Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova, si è specializzato in Gastroenterologia presso l'Università di Modena e in Medicina Interna presso l'Università di Verona. Ha ricevuto una laurea honoris causa presso l'Università di Cluj (Romania). È professore ordinario di Gastroenterologia presso l'Università di Parma e professore onorario presso l'Università Cinese di Hong Kong. Ha esercitato come primario presso l'Unità Complessa di Gastroenterologia dell'Ospedale Cà Foncello di Treviso. Ha sviluppato le sue competenze principalmente nel campo della malattia ulcerosa, delle gastriti, della malattia da reflusso gastroesofageo, della dispepsia, della patologia da Helicobacter Pylori, dei tumori dell'apparato digerente, della colelitiasi, delle malattie funzionali dell'apparato digerente, della pancreatite della sindrome dell'intestino irritabile, della malattia diverticolare e della stipsi cronica. Ha partecipato in qualità di relatore ad oltre 1000 conferenze, seminari e corsi e a numerosi studi clinici condotti secondo ICH/GCP come principal investigator. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali su tematiche riguardanti le malattie acido-correlate, le precancerose gastro-intestinali, le malattie delle vie biliari e pancreatiche, le malattie funzionali ed organiche del grosso intestino e la malattia diverticolare. È membro della Società Italiana di Endoscopia Digestiva, dell'Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri, della Società Italiana di Gastroenterologia e membro onorario della Società Ungherese di Gastroenterologia.
Michela Di Fonzo	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	"S. Camillo-Forlanini", Roma	Dirigente Medico, UOC di Gastroenterologia, A.O. "S. Camillo-Forlanini", Roma

Mauro Di Roma	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Aurelia Hospital, Roma	Direttore UOC di Radiologia, Aurelia Hospital, Roma
Walter Elisei	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	“S. Camillo-Forlanini”, Roma	Dirigente Medico, UOC di Gastroenterologia, A.O. “S. Camillo-Forlanini”, Roma
Giacomo Forti	Dietista	Scienze dell’Alimentazione	Ospedale “S. Maria Goretti”, Latina	Dirigente Medico di Gastroenterologia Ospedale “S. Maria Goretti”, Latina
Solange Fugger	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Aurelia Hospital, Roma	Direttore DEA, Aurelia Hospital, Roma
Eleonora Gaetani	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale “Cristo Re”, Roma	Direttore UOC di Medicina, Ospedale “Cristo Re”, Roma
Giammarco Giorgetti	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Università Unicamillus, Roma	Professore a.c Università Unicamillus, Roma
Giuseppe Grassi	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale “Cristo Re”, Roma	Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Ospedale “Cristo Re”, Roma
Antonietta Gerarda Gravina	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Università “Vanvitelli”, Napoli	Professore Associato di Gastroenterologia, Università “Vanvitelli”, Napoli
Maria Giovanna Graziani	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	“S. Giovanni-Addolorata”, Roma	Direttore UOC di Gastroenterologia, A.O. “S. Giovanni-Addolorata”, Roma pecializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva conseguita presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (luglio 1988); Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente conseguita presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (novembre 1994); Curriculum e attività Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (luglio 1984); dal 1989 al 1990 Dirigente Medico presso la Divisione di Chirurgia Generale dell’Ospedale S. Anna di Ronciglione (VT); nel 1992 Consulente di Endoscopia Digestiva presso la USL VT/5; dal 1990 Dirigente Medico di 1° livello presso il reparto di Gastroenterologia dell’Azienda Ospedaliera “San Camillo – Forlanini” di Roma; dal 2003 Responsabile del Servizio di Endoscopia d’Urgenza presso il DEA dell’Azienda Ospedaliera “San Camillo - Forlanini” di Roma.
Giuseppina Piera Lecca	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale “Cristo Re”, Roma	Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Ospedale “Cristo Re”, Roma

Loris Riccardo Lopetuso	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Link University, Roma	Professore Associato di Gastroenterologia, Link University, Roma
Dimitri Krizzuk	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Aurelia Hospital, Roma	Dirigente Medico UOC di Chirurgia, Aurelia Hospital, Roma
Gianmarco Mocci	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Azienda Ospedaliera G. Brotzu, Cagliari	U.O.C. Gastroenterologia, Azienda Ospedaliera G. Brotzu, Cagliari
Alfredo Papa	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	Professore Associato di Gastroenterologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Marcello Picchio	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	"P. Colombo" di Velletri, ASL Roma H.	Dirigente medico presso il reparto di chirurgia generale e il servizio di endoscopia digestiva dell'ospedale "P. Colombo" di Velletri, ASL Roma H.
Francesca Picconi	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Aurelia Hospital, Roma	Dirigente Medico, Servizio di Endoscopia Digestiva, Aurelia Hospital, Roma
Francesco Sammartino	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Aurelia Hospital, Roma	Direttore UOC di Chirurgia, Aurelia Hospital, Roma
Valerio Spuntarelli	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale San Giovanni Battista, Roma, Ordine di Malta	Dirigente Medico UO di Medicina - Ospedale San Giovanni Battista, Roma, Ordine di Malta
Amerigo Testa	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Aurelia Hospital, Roma	Direttore UOC di Medicina, Aurelia Hospital, Roma
Antonio Tursi	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	Professore Aggregato Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma Dal 1 Ottobre 2009 a tutt'oggi è Dirigente Medico in Gastroenterologia per la ASL BAT di Andria presso il Servizio di Gastroenterologia Territoriale della ASL BAT, Poliambulatorio di Barletta del D.S.S. n°4. Principali mansioni e responsabilità Responsabile del Servizio di Gastroenterologia Territoriale della ASL BAT, dal 1 Ottobre 2017 con incarico di "Alta Professionalità", dove svolge: ☑ Attività ambulatoriale di Endoscopia Digestiva; ☑ Attività ambulatoriale di Clinica Gastroenterologica; ☑ Management ambulatoriale delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, anche mediante l'utilizzo di farmaci biologici.
Ilaria Versace	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Aurelia Hospital, Roma	Dirigente medico UOC di Medicina, Aurelia Hospital, Roma
Costantino Zampaletta	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale Belcolle Viterbo	Direttore UOC di Gastroenterologia, Ospedale Belcolle Viterbo Dirigente medico a tempo indeterminato di I livello di Medicina d' Accettazione e d'

				Urgenza e Medicina Generale dal dicembre 1999 all'ottobre del 2000, con attività a tempo pieno presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Anagni ASL Frosinone. Dirigente medico a tempo indeterminato di livello di Medicina d' Accettazione e d' Urgenza e Medicina Generale dal dicembre 1999 all'ottobre del 2000, con attività a tempo pieno presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Anagni ASL Frosinone. Dirigente medico a tempo indeterminato di livello di Medicina d' Accettazione e d' Urgenza e Medicina Generale dal dicembre 1999 all'ottobre del 2000, con attività a tempo pieno presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Anagni ASL Frosinone. - - Titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina Generale (Assistenza Primaria) presso il Comune di Nepi ASL VT dal giugno 1998 al dicembre 1999, con attività assistenziale programmata per 30 pazienti in RSA (Casa di Cura Nepi). Titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina Generale (Assistenza Primaria) presso il Comune di Nepi ASL VT dal giugno 1998 al dicembre 1999, con attività assistenziale programmata per 30 pazienti in RSA (Casa di Cura Nepi). Titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina Generale (Assistenza Primaria) presso il Comune di Nepi ASL VT dal giugno 1998 al dicembre 1999, con attività assistenziale programmata per 30 pazienti in RSA (Casa di Cura Nepi). Incarichi trimestrali a tempo determinato a 24 ore settimanali di Guardia Medica, Continuità Assistenziale nell' Emergenza Sanitaria territoriale nell' ambito della ASL Viterbo dal 1992 al 1999 per un totale di 27 mesi e successiva titolarità di incarico a tempo indeterminato a 24 ore settimanali dal maggio al dicembre 1999 presso il Presidio di Civita Castellana ASL VT.
--	--	--	--	---

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

ABSTRACTS

I Sessione - Novità in tema di fisiopatologia e terapia**Dispepsia, MRGE ed esofagite eosinofila: può esistere una medaglia con tre facce?**

La MRGE è principalmente correlata all'esposizione della mucosa esofagea al contenuto gastrico acido, mentre l'EoE è una malattia infiammatoria cronica immuno-mediata, caratterizzata da infiltrazione eosinofila dell'esofago e frequentemente associata ad atopia. La dispepsia, soprattutto nella sua forma funzionale, rappresenta invece un disturbo dell'interazione intestino-cervello, nel quale alterazioni della motilità, ipersensibilità viscerale e fattori psicosociali contribuiscono alla sintomatologia. Tuttavia, l'infiammazione della mucosa, l'aumentata permeabilità epiteliale e la sensibilizzazione delle terminazioni nervose costituiscono possibili elementi fisiopatologici comuni.

L'identificazione dell'esofagite eosinofila richiede un elevato indice di sospetto clinico, in particolare nei pazienti con sintomi persistenti o refrattari alla terapia con inibitori di pompa protonica, rendendo fondamentale l'esecuzione dell'endoscopia digestiva con biopsie esofagee multiple anche in presenza di una mucosa macroscopicamente normale. Un corretto inquadramento diagnostico consente di impostare strategie terapeutiche mirate, che possono comprendere modifiche dietetiche, terapia farmacologica e monitoraggio endoscopico.

Novità diagnostiche e terapeutiche nella stipsi cronica

La stipsi cronica rappresenta uno dei disturbi gastrointestinali più frequenti nella popolazione generale, con un impatto significativo sulla qualità di vita e sui costi sanitari. La sua eziologia è eterogenea e comprende alterazioni della motilità del colon, disfunzioni dell'evacuazione, fattori dietetici, neurologici, metabolici e farmacologici. Negli ultimi anni, l'approccio diagnostico e terapeutico ha subito un'importante evoluzione, grazie a una migliore comprensione dei meccanismi fisiopatologici e alla disponibilità di nuove metodiche di valutazione funzionale e di trattamenti mirati. L'inquadramento diagnostico si basa su un'attenta raccolta anamnestica, sull'applicazione dei criteri di Roma IV e sull'identificazione dei segni di allarme che richiedono approfondimenti endoscopici. Nei casi refrattari, le indagini funzionali, quali il test di espulsione del palloncino, la manometria ano-rettale, gli studi del transito colico e la defecografia, consentono di distinguere la stipsi da rallentato transito dai disturbi della defecazione, orientando il percorso terapeutico. Parallelamente, le opzioni di trattamento si sono ampliate oltre le tradizionali misure igienico-dietetiche e l'impiego dei lassativi convenzionali. L'introduzione di farmaci procinetici e di agenti secretagoghi intestinali ha migliorato la gestione dei pazienti con forme croniche refrattarie, offrendo un controllo più efficace della sintomatologia e una migliore qualità di vita. Nei pazienti con disfunzioni del pavimento pelvico, il biofeedback rappresenta il trattamento di prima scelta, mentre le procedure interventistiche e chirurgiche rimangono riservate a casi altamente selezionati.

Emorragie digestive: algoritmo clinico-diagnostico e il recupero marziale

Le emorragie digestive rappresentano una delle principali emergenze gastroenterologiche e sono associate a un'elevata morbidità, soprattutto nei pazienti anziani e con comorbidità. Una gestione tempestiva e strutturata, basata su un algoritmo clinico-diagnostico condiviso, consente di ottimizzare la stratificazione del rischio, ridurre le complicanze e migliorare gli esiti clinici. L'approccio iniziale prevede la valutazione della stabilità emodinamica, la correzione delle alterazioni ematologiche e della coagulazione, l'identificazione della sede del sanguinamento e la definizione del timing dell'endoscopia, integrando, quando necessario, metodiche radiologiche e interventistiche. L'endoscopia rappresenta il cardine diagnostico e terapeutico nelle emorragie del tratto gastrointestinale superiore e inferiore, permettendo l'identificazione della fonte del sanguinamento e l'applicazione di tecniche emostatiche efficaci. L'utilizzo di score prognostici e di percorsi assistenziali standardizzati contribuisce a una gestione appropriata delle risorse e a una migliore selezione dei pazienti candidati al ricovero o a un trattamento intensivo.

Un aspetto spesso sottovalutato riguarda il recupero marziale dopo la fase acuta. La perdita ematica determina frequentemente una carenza di ferro, con o senza anemia, che può persistere anche dopo il controllo del sanguinamento, influenzando negativamente capacità funzionale, qualità di vita e rischio di riospedalizzazione. È pertanto fondamentale rivalutare lo stato marziale mediante il monitoraggio dell'emoglobina, della ferritina e della saturazione della transferrina e avviare un'adeguata terapia sostitutiva. La supplementazione con ferro orale trova indicazione nei pazienti con anemia lieve e buona tollerabilità, mentre il ferro per via endovenosa rappresenta l'opzione preferenziale nei casi di anemia moderata-severa, malassorbimento, infiammazione cronica o necessità di un rapido ripristino delle riserve di ferro.

Strategie di follow-up per il paziente

Il follow-up rappresenta una fase essenziale del percorso assistenziale, finalizzata non solo al monitoraggio dell'evoluzione della malattia, ma anche alla prevenzione delle complicanze, alla valutazione dell'efficacia terapeutica e al mantenimento dell'aderenza alle cure. L'adozione di strategie di follow-up strutturate e personalizzate consente di garantire una presa in carico continuativa del paziente, migliorando gli esiti clinici e la qualità di vita.

La definizione del programma di sorveglianza deve essere guidata dal profilo di rischio individuale, dalla patologia di base, dalle comorbidità, dall'età e dagli obiettivi terapeutici. Il follow-up integra valutazione clinica, monitoraggio laboratoristico e strumentale, rivalutazione periodica della terapia e identificazione precoce di segni di progressione, recidiva o eventi avversi. Particolare attenzione deve essere riservata all'educazione del paziente, alla promozione di corretti stili di vita e alla condivisione del percorso decisionale, elementi fondamentali per favorire l'aderenza terapeutica e il riconoscimento tempestivo dei sintomi di allarme.

Come lo studio del Microbiota sta cambiando la gastroenterologia

Negli ultimi anni lo studio del microbiota intestinale ha profondamente modificato la comprensione della fisiopatologia delle malattie gastrointestinali, aprendo nuove prospettive diagnostiche, prognostiche e terapeutiche. Il microbiota è oggi riconosciuto come un vero e proprio ecosistema metabolico e immunologico, capace di influenzare l'omeostasi dell'ospite attraverso la regolazione della funzione di barriera intestinale, della risposta immunitaria, del metabolismo e dell'asse intestino-cervello. Le alterazioni della sua composizione e della sua attività funzionale, definite disbiosi, sono state associate a numerose condizioni patologiche, tra cui malattie infiammatorie croniche intestinali, sindrome dell'intestino irritabile, infezione da *Clostridioides difficile*, steatosi epatica associata a disfunzione metabolica (MASLD), malattia celiaca e neoplasie del tratto gastrointestinale. L'evoluzione delle tecnologie di sequenziamento genomico e delle metodiche di analisi multi-omica ha consentito una caratterizzazione sempre più accurata del microbiota, evidenziando come la funzione metabolica della comunità microbica sia spesso più rilevante della sola composizione tassonomica. Queste conoscenze stanno favorendo lo sviluppo di approcci di medicina di precisione, con l'identificazione di biomarcatori utili alla diagnosi, alla stratificazione prognostica e alla previsione della risposta ai trattamenti.

Parallelamente, si stanno ampliando le opportunità terapeutiche mirate alla modulazione del microbiota. Oltre agli interventi dietetici e all'impiego razionale di probiotici, prebiotici e simbiotici, il trapianto di microbiota fecale rappresenta una strategia consolidata per il trattamento delle infezioni ricorrenti da *Clostridioides difficile* e un ambito di ricerca promettente in altre patologie gastrointestinali. Nuovi approcci, quali consorzi batterici definiti, metaboliti microbici, batteriofagi e microrganismi ingegnerizzati, sono attualmente oggetto di studi clinici e potrebbero ridefinire il trattamento di diverse malattie digestive.

Qual è il ruolo dei Nutraceutici in gastroenterologia? Una valutazione ragionata fra evidenze scientifiche ed aspettative dei pazienti

L'impiego dei nutraceutici in gastroenterologia è in costante crescita, sostenuto dall'interesse dei pazienti verso approcci terapeutici percepiti come più "naturali" e dall'emergere di evidenze scientifiche che ne suggeriscono un potenziale ruolo in specifici contesti clinici. Tuttavia, l'eterogeneità delle formulazioni disponibili, la variabilità della qualità degli studi e la mancanza di una regolamentazione uniforme impongono una valutazione critica del loro impiego nella pratica clinica. I nutraceutici comprendono un ampio spettro di sostanze bioattive, tra cui probiotici, prebiotici, simbiotici, fibre, polifenoli, acidi grassi a catena corta, estratti vegetali e altri composti di origine naturale, con possibili effetti sulla funzione di barriera intestinale, sul microbiota, sulla risposta immunitaria e sui processi infiammatori. Le evidenze attualmente disponibili supportano il loro utilizzo in alcune condizioni selezionate, quali la sindrome dell'intestino irritabile, la stipsi cronica, alcune forme di disbiosi e, in casi specifici, come complemento alla terapia delle malattie infiammatorie croniche intestinali. Per altre patologie, invece, i dati rimangono limitati, eterogenei o insufficienti per formulare raccomandazioni solide.

L'appropriatezza prescrittiva richiede pertanto un'attenta analisi delle caratteristiche del paziente, della qualità delle evidenze disponibili, del profilo di sicurezza e delle possibili interazioni con le terapie convenzionali. È inoltre fondamentale gestire in modo equilibrato le aspettative dei pazienti, spesso influenzate da informazioni non sempre supportate da adeguate basi scientifiche e da un'intensa attività di comunicazione commerciale.

La gastroenterologia di genere

La gastroenterologia di genere rappresenta un ambito emergente che riconosce le differenze biologiche, ormonali, immunologiche e psicosociali tra uomo e donna nella presentazione, nella progressione e nella risposta terapeutica delle malattie dell'apparato digerente. Negli ultimi anni, l'integrazione della medicina di genere nella pratica clinica ha evidenziato come numerose patologie gastrointestinali mostrino differenze significative in termini di prevalenza, sintomatologia, decorso clinico e risposta ai trattamenti. Disturbi funzionali come la sindrome dell'intestino irritabile e la dispepsia funzionale risultano più frequenti nel sesso femminile, con una maggiore associazione a fattori psicosociali, ipersensibilità viscerale e comorbidità ansioso-depressive. Al contrario, alcune condizioni come la malattia da reflusso gastroesofageo e la malattia epatica metabolica presentano differenze di incidenza e severità legate a fattori ormonali e metabolici. Anche nelle malattie infiammatorie croniche intestinali si osservano differenze di esordio, fenotipo e risposta terapeutica tra i due sessi, così come nella malattia diverticolare e nelle patologie biliari, più frequenti nelle donne.

MASLD (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease) semaglutide e obesità, ruolo degli agonisti recettoriali GLP-1 nel trattamento e nella progressione della malattia. Le evidenze della letteratura

L'obesità rappresenta una patologia cronica multifattoriale strettamente associata a disfunzione metabolica, infiammazione sistemica e incremento del rischio cardiovascolare e diabetico. In questo contesto, gli agonisti del recettore del glucagon-like peptide-1 (GLP-1 RA), in particolare semaglutide, hanno emergere come una delle strategie farmacologiche più efficaci per la gestione del peso corporeo e delle sue complicanze metaboliche. Semaglutide agisce attraverso la modulazione dell'appetito a livello centrale, la riduzione dell'introito calorico e il miglioramento della sensibilità insulinica, determinando una significativa riduzione del peso corporeo e del grasso viscerale. Le evidenze provenienti da trial randomizzati e meta-analisi mostrano una perdita

ponderale media clinicamente rilevante (circa 10–15% del peso iniziale), associata a miglioramento dei parametri glicometabolici e cardiovascolari. Oltre all'effetto sul peso, i GLP-1 RA esercitano un impatto positivo sulla steatosi epatica e sulla riduzione dei markers infiammatori sistemici, suggerendo un potenziale ruolo nel rallentamento della progressione della malattia metabolica associata all'obesità. Tuttavia, gli effetti sulla fibrosi d'organo e sugli esiti a lungo termine rimangono meno definiti, indicando la necessità di ulteriori studi longitudinali. In conclusione, semaglutide e gli agonisti del recettore GLP-1 rappresentano un avanzamento significativo nel trattamento dell'obesità, agendo non solo sulla riduzione del peso, ma anche sulla modulazione della progressione della malattia metabolica globale. Il loro impiego dovrebbe essere inserito in un approccio multidisciplinare che includa interventi sullo stile di vita e la gestione del rischio cardiometabolico.

Discussione: Question & Answer

Discussione corale in sala per scambio di opinioni e confronto aperto tra specialisti.

Lettura Magistrale “Le gastriti”

La gastrite rappresenta un processo infiammatorio della mucosa gastrica caratterizzato da un'eziologia eterogenea e da un ampio spettro di manifestazioni cliniche e istologiche. Le forme più comuni sono correlate all'infezione da *Helicobacter pylori*, all'uso di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), al reflusso biliare e a meccanismi autoimmuni. Fattori ambientali e stili di vita, inclusi fumo, alcol e dieta, contribuiscono ulteriormente allo sviluppo e alla progressione della malattia.

Dal punto di vista patogenetico, l'infezione da *H. pylori* determina una risposta infiammatoria cronica che può evolvere in atrofia ghiandolare, metaplasia intestinale e aumento del rischio di adenocarcinoma gastrico. Le gastriti autoimmuni, invece, sono caratterizzate da distruzione delle cellule parietali, ipocloridria e possibile sviluppo di anemia perniciosa.

La diagnosi si basa principalmente sull'endoscopia digestiva alta con biopsie multiple secondo il sistema Sydney, integrata da test non invasivi per *H. pylori*. Il trattamento è eziologico: eradicazione dell'infezione mediante terapia antibiotica combinata, sospensione o riduzione dei FANS quando possibile, e gestione delle condizioni autoimmuni con supplementazione vitaminica e monitoraggio endoscopico.

In conclusione, le gastriti rappresentano un gruppo eterogeneo di patologie con potenziale evoluzione verso lesioni precancerose. Una diagnosi precoce e un trattamento mirato sono fondamentali per ridurre complicanze a lungo termine e migliorare la prognosi.

Il sessione: Novità in tema di diagnostica**Ruolo dell'ecografia in gastroenterologia**

L'ecografia addominale rappresenta uno strumento diagnostico di primo livello in gastroenterologia, grazie alla sua non invasività, ripetibilità, assenza di radiazioni e ampia disponibilità. Negli ultimi anni il suo ruolo si è progressivamente ampliato oltre la valutazione degli organi parenchimatosi, includendo anche lo studio dinamico e funzionale del tratto gastrointestinale. In ambito epato-biliare, l'ecografia consente una valutazione accurata del fegato, identificando steatosi epatica, segni di epatopatia cronica, lesioni focali e complicanze dell'ipertensione portale. È inoltre fondamentale nello studio della colecisti e delle vie biliari, permettendo la diagnosi di colelitiasi, colecistite e dilatazioni delle vie biliari. Nel distretto pancreatico, l'ecografia fornisce informazioni utili nella diagnosi di pancreatite acuta e cronica, sebbene con limiti legati alla presenza di meteorismo intestinale. L'ecografia intestinale (intestinal ultrasound) ha acquisito crescente rilevanza nella valutazione delle malattie infiammatorie croniche intestinali, consentendo la stima dell'attività infiammatoria, dello spessore parietale e delle complicanze come stenosi e fistole. L'introduzione dell'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS) e

delle tecniche avanzate ha ulteriormente ampliato le applicazioni cliniche, migliorando la caratterizzazione delle lesioni focali epatiche e il monitoraggio terapeutico. In conclusione, l'ecografia rappresenta uno strumento essenziale e trasversale in gastroenterologia, con un ruolo crescente non solo diagnostico ma anche di monitoraggio e guida clinica nelle principali patologie digestive.

TC ed RMN in gastroenterologia

La tomografia computerizzata (TC) e la risonanza magnetica nucleare (RMN) rappresentano metodiche di imaging avanzato fondamentali in gastroenterologia, con un ruolo complementare nella diagnosi, stadiazione e follow-up delle principali patologie digestive. La scelta tra le due tecniche dipende dal quesito clinico, dalla sede della patologia e dalla necessità di valutazione funzionale o morfologica. La TC multidetettore è la metodica di prima scelta nelle urgenze addominali, grazie all'elevata rapidità di acquisizione e all'accurata valutazione delle complicanze acute, quali perforazioni, ischemia intestinale, pancreatite acuta e occlusione intestinale. Inoltre, è ampiamente utilizzata nella stadiazione oncologica dei tumori gastrointestinali, consentendo una valutazione precisa dell'estensione locale e della malattia metastatica. La RMN, grazie all'elevato contrasto dei tessuti molli e all'assenza di radiazioni ionizzanti, trova particolare indicazione nello studio del fegato, delle vie biliari e del pancreas. La colangio-RMN (MRCP) rappresenta il gold standard non invasivo per la valutazione dell'albero biliare. Inoltre, la RMN enterografica è fondamentale nella gestione delle malattie infiammatorie croniche intestinali, permettendo la valutazione dell'attività infiammatoria, delle complicanze e della risposta terapeutica. Le due metodiche si integrano anche in ambito oncologico e nel follow-up post-trattamento, contribuendo alla definizione di strategie terapeutiche personalizzate. In conclusione, TC e RMN costituiscono strumenti imprescindibili in gastroenterologia moderna, con ruoli distinti ma complementari nella gestione delle patologie gastrointestinali acute e croniche.

L'endoscopia: appropriatezza prescrittiva

L'endoscopia digestiva rappresenta uno strumento diagnostico e terapeutico fondamentale in gastroenterologia, ma il suo utilizzo richiede un'attenta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva al fine di ottimizzare le risorse, ridurre i rischi per i pazienti e migliorare l'efficacia clinica. L'incremento delle richieste endoscopiche negli ultimi anni ha reso necessario l'impiego di criteri condivisi basati su linee guida internazionali e score di appropriatezza. L'appropriatezza prescrittiva si basa sull'integrazione tra sintomi del paziente, fattori di rischio, età, segni d'allarme e indicazioni cliniche validate. L'endoscopia è indicata in presenza di sintomi "alarm" (disfagia, anemia sideropenica, perdita di peso, sanguinamento gastrointestinale), sospetto di patologie organiche o per screening e sorveglianza in popolazioni a rischio, come nei programmi di prevenzione del carcinoma coloretale o nelle lesioni preneoplastiche gastriche. Al contrario, molte indagini risultano inappropriate in assenza di criteri clinici di allarme o in presenza di disturbi funzionali non complicati, contribuendo a un aumento dei tempi di attesa e dei costi sanitari. L'adozione di strumenti di triage clinico e l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) hanno dimostrato di migliorare la selezione dei pazienti candidati a endoscopia. In conclusione, l'appropriatezza prescrittiva dell'endoscopia è un elemento chiave della moderna gastroenterologia, poiché consente di coniugare efficacia diagnostica, sicurezza del paziente e sostenibilità del sistema sanitario, promuovendo un utilizzo razionale delle risorse endoscopiche.

Il ruolo dei breath test

I breath test rappresentano metodiche diagnostiche non invasive ampiamente utilizzate in gastroenterologia per la valutazione di diverse condizioni funzionali e organiche del tratto gastrointestinale. Basati sulla misurazione dell'idrogeno e del metano espirati dopo

somministrazione di specifici substrati, consentono di studiare i processi di digestione e fermentazione intestinale.

Tra le principali applicazioni cliniche vi è la diagnosi di intolleranza al lattosio e ad altri carboidrati fermentabili, mediante test al lattosio, glucosio o fruttosio. Inoltre, i breath test sono utilizzati nella diagnosi di sovracrescita batterica del tenue (SIBO), sebbene con alcune limitazioni in termini di sensibilità e specificità. Un ruolo consolidato è rappresentato anche dalla valutazione dell'infezione da *Helicobacter pylori*, attraverso il test all'urea marcata, considerato una delle metodiche non invasive più accurate per la diagnosi e il follow-up dell'eradicazione.

I breath test offrono numerosi vantaggi, tra cui sicurezza, semplicità di esecuzione e buona accettabilità da parte del paziente. Tuttavia, la loro accuratezza diagnostica può essere influenzata da variabili pre-analitiche, come dieta, uso di antibiotici o lassativi, e da una corretta preparazione del paziente.

In conclusione, i breath test rappresentano strumenti diagnostici di grande utilità clinica in gastroenterologia, particolarmente efficaci nello studio delle intolleranze alimentari, delle disbiosi intestinali e dell'infezione da *H. pylori*, contribuendo a un approccio diagnostico non invasivo e funzionale alle patologie gastrointestinali.

Discussione: Question & Answer

Discussione corale in sala per scambio di opinioni e confronto aperto tra specialisti.

III Sessione - La malattia diverticolare del colon e le nuove linee guida

La Malattia Diverticolare Sintomatica non Complicata (SUDD) e la Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS): come fare la corretta diagnosi differenziale e come impostare la corretta terapia

La Malattia Diverticolare Sintomatica Non Complicata (SUDD) e la Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS) rappresentano due condizioni gastrointestinali funzionali e infiammatorie croniche frequentemente sovrapposte nella pratica clinica, caratterizzate da dolore addominale ricorrente e alterazioni dell'alvo, con impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti. La corretta diagnosi differenziale è fondamentale per impostare un trattamento adeguato e prevenire errori terapeutici. La SUDD è associata alla presenza di diverticoli colici con sintomi persistenti, tipicamente dolore localizzato in fossa iliaca sinistra, spesso correlato a una lieve infiammazione cronica della mucosa. L'IBS, invece, è una disfunzione dell'asse intestino-cervello caratterizzata da dolore addominale associato a modificazioni dell'alvo in assenza di alterazioni organiche strutturali.

La diagnosi differenziale si basa su anamnesi accurata, criteri clinici (Roma IV per IBS), indagini laboratoristiche e imaging, con particolare ruolo della colonscopia e della tomografia computerizzata nei casi selezionati. Biomarcatori come la calprotectina fecale possono essere utili nel distinguere forme infiammatorie da disturbi funzionali.

Il trattamento della SUDD include modifiche dietetiche, fibre, antibiotici non assorbibili selezionati e antinfiammatori intestinali, mentre la gestione dell'IBS si basa su un approccio multidisciplinare che comprende dieta low-FODMAP, terapia psicologica e farmaci sintomatici.

In conclusione, la distinzione tra SUDD e IBS richiede un approccio integrato clinico-diagnostico, essenziale per personalizzare la terapia e migliorare gli outcome clinici e la qualità di vita dei pazienti.

Cosa e quando trattare quando parliamo di Malattia Diverticolare del colon?

La malattia diverticolare del colon rappresenta una condizione molto frequente nella popolazione adulta e anziana, con uno spettro clinico che va dalla forma asintomatica alla diverticolite complicata. La gestione clinica si basa su una corretta stratificazione del rischio e sull'identificazione delle situazioni che richiedono trattamento attivo, evitando al contempo terapie non necessarie nelle forme non complicate.

Nella maggior parte dei pazienti con diverticolosi asintomatica non è indicato alcun trattamento farmacologico specifico, se non misure preventive basate su dieta ricca di fibre, attività fisica e controllo dei fattori di rischio metabolici. La Malattia Diverticolare Sintomatica Non Complicata (SUDD) può richiedere un approccio terapeutico mirato con fibre, antispastici e, in casi selezionati, antibiotici non assorbibili o mesalazina, sebbene l'evidenza rimanga variabile.

Il trattamento è invece obbligatorio nei casi di diverticolite acuta, che può essere non complicata o complicata. Nelle forme non complicate selezionate è possibile un management ambulatoriale con terapia sintomatica e, in pazienti a rischio, antibiotici. Le forme complicate (ascesso, perforazione, fistola o ostruzione) richiedono ospedalizzazione e, talvolta, approccio chirurgico o radiologico interventistico.

La decisione terapeutica deve basarsi su criteri clinici, laboratoristici e radiologici, con particolare ruolo della TC addome nella stadiazione della gravità.

In conclusione, nella malattia diverticolare del colon il trattamento non è sempre necessario: è indicato solo nelle forme sintomatiche o complicate, con un approccio personalizzato che bilancia rischio clinico e appropriatezza terapeutica.

Il timing endoscopico e l'importanza di una classificazione endoscopica

Il timing dell'esecuzione dell'endoscopia digestiva e l'utilizzo di sistemi di classificazione endoscopica standardizzati rappresentano elementi fondamentali per garantire appropriatezza diagnostica, accuratezza clinica e corretta gestione terapeutica delle patologie gastrointestinali. La definizione del momento ottimale per l'indagine endoscopica dipende dal contesto clinico, dalla presenza di segni d'allarme, dall'urgenza del quadro e dall'obiettivo diagnostico o terapeutico.

In ambito urgente, come nel sanguinamento gastrointestinale acuto, il timing precoce dell'endoscopia consente non solo l'identificazione della fonte emorragica, ma anche l'esecuzione di procedure terapeutiche endoscopiche che riducono la mortalità e le complicanze. Nelle condizioni croniche o di screening, invece, l'endoscopia deve essere programmata in modo appropriato per ottimizzare le risorse e massimizzare il rendimento diagnostico.

Parallelamente, l'adozione di classificazioni endoscopiche standardizzate (quali Forrest per l'emorragia peptica, Los Angeles per l'esofagite da reflusso, Paris per le lesioni neoplastiche superficiali e Boston per la preparazione colica) consente una maggiore uniformità descrittiva, facilita la comunicazione tra clinici e migliora la stratificazione del rischio e le decisioni terapeutiche. In conclusione, la corretta definizione del timing endoscopico, integrata con l'utilizzo di sistemi classificativi validati, rappresenta un elemento chiave della moderna endoscopia digestiva, contribuendo a una gestione più efficace, sicura e standardizzata del paziente gastroenterologico.

La Malattia Diverticolare: quando operare?

La malattia diverticolare del colon rappresenta una condizione ad elevata prevalenza, il cui spettro clinico varia dalla forma asintomatica alla diverticolite complicata con indicazione chirurgica. La decisione di intervenire chirurgicamente richiede una valutazione multidimensionale basata su gravità clinica, numero di episodi, complicanze e impatto sulla qualità di vita del paziente.

Nella maggior parte dei casi di diverticolosi non complicata e di diverticolite acuta non complicata, il trattamento è conservativo e non vi è indicazione immediata alla chirurgia. Tuttavia, l'intervento diventa necessario nelle forme complicate, quali perforazione, peritonite, fistole, stenosi sintomatica o ascessi non controllabili con terapia medica o drenaggio percutaneo.

Le indicazioni elettive alla chirurgia sono oggi più selettive rispetto al passato e non si basano esclusivamente sul numero di episodi di diverticolite, ma piuttosto su fattori individuali come età del paziente, comorbidità, immunosoppressione, severità degli episodi e rischio di recidiva complicata. Anche il persistere di sintomi cronici refrattari (SUDD severa) può rappresentare un'indicazione relativa all'intervento.

La tomografia computerizzata riveste un ruolo centrale nella classificazione della gravità e nella pianificazione terapeutica, mentre l'approccio chirurgico standard è la resezione colica segmentaria, preferibilmente in elezione e in condizioni cliniche ottimali.

In conclusione, l'indicazione chirurgica nella malattia diverticolare deve essere personalizzata e basata su un'attenta valutazione del rischio-beneficio, privilegiando un approccio conservativo quando possibile e riservando l'intervento ai casi complicati o refrattari.

Discussione: Question & Answer

Discussione corale in sala per scambio di opinioni e confronto aperto tra specialisti.

IV Sessione: Le Coliti

Le MICI (IBD): importanza della corretta diagnosi e della corretta terapia

Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), comprendenti la Malattia di Crohn e la Rettocolite Ulcerosa, rappresentano patologie immuno-mediate croniche caratterizzate da un andamento recidivante-remittente e da un significativo impatto sulla qualità di vita. La corretta diagnosi precoce e l'impostazione di una terapia appropriata sono fondamentali per modificare la storia naturale della malattia, prevenire complicanze e ridurre la progressione del danno intestinale. La diagnosi si basa su un approccio integrato che include valutazione clinica, biomarcatori sierici e fecali (in particolare la calprotectina fecale), endoscopia con biopsie multiple e metodiche di imaging come enterografia TC e RMN. La distinzione tra Malattia di Crohn e Rettocolite Ulcerosa è essenziale per guidare la scelta terapeutica e definire il rischio evolutivo.

La terapia delle MICI segue un approccio "treat-to-target", con l'obiettivo di raggiungere la remissione clinica, endoscopica e, quando possibile, la guarigione mucosale. Le opzioni terapeutiche includono aminosalicilati, corticosteroidi, immunomodulatori e farmaci biologici (anti-TNF, anti-integrina, anti-IL12/23) e, più recentemente, small molecules come gli inibitori di JAK. La scelta del trattamento deve essere personalizzata in base alla severità, estensione di malattia e fattori prognostici.

In conclusione, una diagnosi accurata e precoce, associata a una strategia terapeutica personalizzata e proattiva, è essenziale per migliorare gli outcome clinici nelle MICI e ridurre il rischio di complicanze a lungo termine.

Le Coliti non IBD: dalla diagnosi alla terapia

Le coliti non correlate alle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (non-IBD colitis) comprendono un gruppo eterogeneo di condizioni infiammatorie del colon, di natura infettiva, ischemica, farmacologica, microscopica o post-attinica. La loro corretta identificazione è fondamentale per impostare un trattamento adeguato e per evitare diagnosi errate di MICI.

La diagnosi si basa su un approccio integrato che include anamnesi accurata, valutazione clinica, esami di laboratorio, indagini microbiologiche e, soprattutto, colonscopia con biopsie multiple. Elementi chiave per la diagnosi differenziale includono il pattern endoscopico, la distribuzione delle lesioni e i reperti istologici. La calprotectina fecale può risultare elevata anche nelle forme non IBD, richiedendo un'interpretazione contestualizzata. Le coliti infettive rappresentano la forma più frequente e richiedono terapia eziologica mirata. Le coliti ischemiche si osservano prevalentemente in pazienti anziani o con fattori di rischio cardiovascolare e necessitano di trattamento di supporto e, nei casi severi, ospedalizzazione. Le coliti microscopiche (linfocitica e collagenosica) si presentano tipicamente con diarrea cronica acquosa e rispondono spesso a budesonide. Le forme farmaco-indotte richiedono la sospensione dell'agente responsabile. In conclusione, le coliti non-IBD costituiscono un ampio spettro di patologie che richiedono un iter diagnostico sistematico e multimodale. Una diagnosi accurata è essenziale per evitare trattamenti inappropriati e garantire una terapia mirata ed efficace.

La colite segmentaria associata alla Diverticolosi (SCAD): cos'è e come gestirla

La colite segmentaria associata alla diverticolosi (Segmental Colitis Associated with Diverticulosis, SCAD) è una condizione infiammatoria cronica del colon che si manifesta in aree sede di diverticolosi, prevalentemente nel sigma e nel colon discendente, risparmiando tipicamente il retto. Rappresenta una entità distinta rispetto alla malattia diverticolare sintomatica e alle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), con caratteristiche cliniche, endoscopiche e istologiche specifiche.

Clinicamente, la SCAD si presenta con sintomi aspecifici quali dolore addominale, diarrea cronica, talvolta rettorragia e alterazioni dell'alvo. La diagnosi si basa su colonscopia con biopsie multiple, che evidenziano infiammazione mucosa segmentaria limitata alle aree diverticolari, con risparmio del retto e assenza di criteri istologici tipici delle MICI. La diagnosi differenziale con rettocolite ulcerosa e Malattia di Crohn è fondamentale.

La patogenesi non è completamente chiarita, ma si ipotizza un ruolo di microtrauma mucoso, alterazioni del microbiota e infiammazione locale associata ai diverticoli. Il trattamento non è standardizzato e varia in base alla severità: nei casi lievi può essere sufficiente la terapia con fibre e antibiotici non assorbibili, mentre nelle forme più sintomatiche si utilizzano mesalazina o corticosteroidi topici sistemici a breve termine. La chirurgia è riservata a casi refrattari o complicati, evento raro.

In conclusione, la SCAD rappresenta una entità clinica distinta all'interno dello spettro della malattia diverticolare, la cui corretta identificazione consente di evitare sovradiagnosi di MICI e di impostare una gestione terapeutica appropriata e personalizzata.

Discussione: Question & Answer

Discussione corale in sala per scambio di opinioni per un confronto aperto tra specialisti.

Tavola rotonda conclusiva della giornata: Question & Answer

Questa tavola rotonda metterà in luce come la moderna gastroenterologia si muove verso un modello sempre più integrato, multidisciplinare e patient-centered, in cui diagnosi precoce, appropriatezza e medicina personalizzata rappresentano i pilastri fondamentali della pratica clinica.

Genova, 30 giugno 2026

REALTIME MEETING SRL
unipersonale

Michele Savarino
Rappresentante Legale Realtime Meeting Srl
Provider e Segreteria Organizzativa