

CONGRESSO FISMAD 2026 - REGIONE LIGURIA AGGIORNAMENTI IN GASTROENTEROLOGIA

Genova, 28 novembre 2026
C.C. Tower Genova Airport Hotel

EVENTO ECM. N.

PROGRAMMA

08.30 Registrazione dei partecipanti

08.45 Benvenuto e *Saluto delle Autorità*

Apertura dei lavori e introduzione degli obiettivi dell'incontro
Lorenzo Del Nero, Manuele Furnari, Alessandro Moscatelli

LESIONI PRECANCEROSE GASTRICHE

Moderatori *Paola Cognein, Luca Mastracci*

09.00 *Caso clinico:* Gestione del reflusso e dispepsia nel paziente con gastrite cronica atrofica
MMG TBD

09.05 Fattori di rischio, diagnosi e follow up gastrite cronica
Elisa Marabotto

09.0 Diagnosi endoscopica ed errori diagnostici: gastroscopia di qualità
Mariachiara Campanale

09.35 Tecniche resettive
Alessandro Moscatelli

09.50 Open Discussion

EVOLUZIONE DELLA COLONSCOPIA

Moderatori *Lorenzo Camellini, Manuele Furnari*

10.00 **Lettura:** La colonscopia: passato, presente e futuro
Maria Caterina Parodi

10.20 La colonscopia di qualità e ottimizzazione della preparazione nel paziente stitico
Valentina Nosei

10.35 Aderenza al programma di screening in Liguria
Lorenzo Camellini

REALTIME MEETING

10.40 Open Discussion

10.50 *Coffee Break*

RUOLO DELLA CALPROTECTINA FECALE NEL PAZIENTE CON DIARREA O DOLORE ADDOMINALE

Moderatori *Giorgia Bodini, Antonella De Ceglie*

11.20 *Caso clinico:* MICI, altre coliti o colon irritabile?

MMG TBD

11.25 La calprotectina fecale

Luca Nanni

11.40 Utilizzo appropriato della calprotectina fecale

Luigi Caserta

11.55 Gestione del paziente con elevazione della calprotectina fecale

Pietro Dulbecco

12.10 Open Discussion

PANCREATITE CRONICA

Moderatori *Amedeo Montale, Andrea Parodi*

12.20 Lettura: Stato dell'arte

Luca Frulloni

12.40 Endoscopia nella pancreatite cronica:

- Diagnosi

Lorenzo Del Nero

- Trattamento

Matteo Brunacci

13.10 Open Discussion

13.20 *Buffet Lunch*

TRAPIANTO EPATICO

Moderatori *Enzo Andorno, Edoardo Giovanni Giannini*

14.30 *Tandem Talk*

La gestione medica e la gestione chirurgica

Simona Marenco, Cristina Parrino

15.00 Open Discussion

REALTIME MEETING

OBESITÀ

Moderatori *Massimo Oppezzi, Francesco Saverio Papadia*

15.10 *Caso clinico:* Rischi e benefici della terapia medica e interventistica nel paziente con obesità

MMG TBD

15.15 Terapia Medica

Andrea Pasta

15.30 Terapia endoscopica

Marco Valvano

15.45 Terapia chirurgica

Andrea Weiss

16.00 **Tavola rotonda** Wrap Up sugli argomenti trattati

Lorenzo Del Nero, Manuele Furnari, Alessandro Moscatelli

17.00 **Verifica questionario di apprendimento ECM e chiusura plenaria**

Lorenzo Del Nero, Manuele Furnari, Alessandro Moscatelli

CONGRESSO FISMAD 2026 - REGIONE LIGURIA AGGIORNAMENTI IN GASTROENTEROLOGIA

Genova, 28 novembre 2026
C.C. Tower Genova Airport Hotel

RAZIONALE SCIENTIFICO

Il "Congresso FISMAD 2026 - Regione Liguria - Aggiornamenti in Gastroenterologia" si propone di affrontare tematiche fondamentali e attuali in gastroenterologia, focalizzandosi sull'importanza di un approccio multidisciplinare e di alta qualità nelle diagnosi e nel trattamento delle patologie gastrointestinali, con particolare attenzione alle strategie di prevenzione oncologica e alle patologie infiammatorie.

La corretta diagnosi endoscopica delle lesioni precancerose gastriche, supportata da tecniche avanzate, rappresenta un elemento chiave per prevenire la progressione neoplastica e ottimizzare i follow-up. Analogamente, il raggiungimento di standard di qualità nella colonscopia è fondamentale per una efficace strategia di prevenzione del tumore del colon.

L'uso appropriato della calprotectina fecale consente di migliorare la diagnosi differenziale delle patologie infiammatorie intestinali ottimizzando l'indicazione ad accertamenti di secondo livello.

Per quanto riguarda il colon irritabile e le patologie correlate, verranno discusse strategie di gestione e trattamento che tengano conto delle recenti evidenze scientifiche e delle evidenze riguardanti le

REALTIME MEETING

malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre l'impatto socioeconomico di queste condizioni.

La pancreatite cronica è una patologia la cui diagnosi tende ad essere tardiva, caratterizzata dalla progressiva perdita di integrità strutturale e di funzionalità pancreatica, con conseguenti alterazioni metaboliche sistemiche e possibile sviluppo di lesioni parenchimali. Lo sviluppo di tecniche endoscopiche innovative ha permesso di migliorare la diagnosi e trattamento di tali lesioni.

Verranno inoltre affrontati in maniera multidisciplinare argomenti di grande rilevanza socioeconomica per la realtà ligure, quali la gestione del paziente candidato a trapianto epatico, ed il paziente affetto da obesità.

La standardizzazione della qualità nei processi diagnostici e terapeutici, la gestione multidisciplinare e una solida rete territoriale, rappresentano il cardine per migliorare le strategie di prevenzione e cura in gastroenterologia.

NOME E ID. DEL PROVIDER: Realtime Meeting Srl nr. Provider Standard 477

OBIETTIVO FORMATIVO: Percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura.

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE: Formazione Residenziale (RES)

SEDE DELL' EVENTO: Tower Genova Airport Hotel - Via Pionieri ed Aviatori d'Italia, 44 - 16154 Genova

TOTALE ORE FORMATIVE: 6

CREDITI FORMATIVI ECM: 4,2

DESTINATARI DELL'OFFERTA FORMATIVA: Il corso RES è riservato ad un massimo di **100 partecipanti** appartenenti alle seguenti discipline:

Prescrittori: Anatomia Patologica, Chirurgia Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Generale, Medicina Interna, Oncologia, Radiodiagnostica, Scienze dell'Alimentazione e Dietetica

Non prescrittori (accreditamento a parte): Biologia, Infermieristica

RESPONSABILI SCIENTIFICI

REALTIME MEETING

Lorenzo Del Nero

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
ASL2 Azienda Ospedaliera Santa Corona
Pietra Ligure

Manuele Furnari

Professore Associato di Gastroenterologia
Università degli Studi di Genova
Dirigente Medico S.C. Clinica Gastroenterologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

Alessandro Moscatelli

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ASL 4 Chiavarese

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Matteo Brunacci

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
Ospedale Sant'Andrea, La Spezia

Mariachiara Campanale

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

Paola Cognein

Direttore S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
ASL 3 Genova

Elisa Marabotto

Dirigente Medico S.C. Clinica Gastroenterologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino
Ricercatore Università degli Studi di Genova

Fabrizio Mazza

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ad Indirizzo Interventistico
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

Amedeo Montale

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

Valentina Nosei

REALTIME MEETING

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
ASL 3 Genova

FACULTY

1. Enzo Andorno

Direttore U.O. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti d'Organo
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

2. Giorgia Bodini

Professore Associato di Gastroenterologia
Università degli Studi di Genova
Dirigente Medico S.C. Clinica Gastroenterologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

3. Matteo Brunacci

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
Ospedale Sant'Andrea, La Spezia

4. Lorenzo Camellini

Direttore S.C. Gastroenterologia
Ospedale Sant'Andrea, La Spezia

5. Mariachiara Campanale

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

6. Luigi Caserta

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ad Indirizzo Interventistico
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

7. Paola Cognein

Direttore S.C. Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
ASL 3 Genova

8. Antonella De Ceglie

Responsabile S.S.D. Gastroenterologia
ASL 1 Imperia

9. Lorenzo Del Nero

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
ASL2 Azienda Ospedaliera Santa Corona
Pietra Ligure

REALTIME MEETING

10. Pietro Dulbecco

Responsabile S.S.D. Endoscopia Digestiva
Ospedale San Paolo di Savona

11. Luca Frulloni

Professore Ordinario di Gastroenterologia
Università degli Studi di Verona

12. Manuele Furnari

Professore Associato di Gastroenterologia
Università degli Studi di Genova
Dirigente Medico S.C. Clinica Gastroenterologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

13. Edoardo Giovanni Giannini

Professore Ordinario Cattedra di Gastroenterologia
Università degli Studi di Genova
Direttore S.C. Clinica Gastroenterologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

14. Elisa Marabotto

Dirigente Medico S.C. Clinica Gastroenterologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino
Ricercatore Università degli Studi di Genova

15. Simona Marengo

Dirigente Medico S.C. Clinica Gastroenterologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

16. Luca Mastracci

Professore ordinario
Dipartimento di scienze chirurgiche e diagnostiche integrate - DISC
Direttore U.O. Anatomia patologica
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

17. Amedeo Montale

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

18. Alessandro Moscatelli

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ASL 4 Chiavarese

19. Luca Nanni

Direttore U.O. Medicina di laboratorio
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

20. Valentina Nosei

REALTIME MEETING

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
ASL 3 Genova

21. Massimo Oppezzi

Direttore S.C. Gastroenterologia
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

22. Francesco Saverio Papadia

Professore Associato in Chirurgia Generale
Università degli Studi di Genova
Dirigente Medico Clinica Chirurgica 1
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

23. Andrea Parodi

Direttore S.C. Gastroenterologia
ASL 4 Chiavarese

24. Maria Caterina Parodi

Direttore S.C. Gastroenterologia
ad Indirizzo Interventistico
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

25. Cristina Parrino

Endocrinologa?

26. Andrea Pasta

Specialista in Gastroenterologia
IRCCS AOM Ospedale Policlinico San Martino

27. Marco Valvano

Dirigente Medico S.C. Gastroenterologia
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

28. Andrea Weiss

Dirigente Medico Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

29. MMG TBD

30. MMG TBD

31. MMG TBD

REALTIME MEETING

TABELLA RELATORI

I CV dei relatori e moderatori sono disponibili presso il nostro ufficio.

Qui di seguito è riportata la lista della faculty con indicate le informazioni principali

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 Accreditemento 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;

ABSTRACT DELLE RELAZIONI

LESIONI PRECANCEROSE GASTRICHE

Caso clinico: Gestione del reflusso e dispepsia nel paziente con gastrite cronica atrofica

Mario, 55 anni con diagnosi di gastrite cronica atrofica si presenta con bruciore epigastrico, gonfiore e nausea ricorrente. La gastroscopia rivela atrofia della mucosa gastrica e presenza di reflusso gastroesofageo. Il trattamento include inibitori della pompa protonica, modifiche dello stile di vita come dieta povera di grassi e pasti più piccoli, e l'uso di antiacidi per alleviare il reflusso e la dispepsia. È importante monitorare la progressione della gastrite atrofica e valutare la presenza di complicanze come la displasia o il carcinoma gastrico.

Fattori di rischio, diagnosi e follow up gastrite cronica

La gastrite cronica rappresenta una condizione infiammatoria protratta della mucosa gastrica, influenzata da fattori di rischio quali l'infezione da *Helicobacter pylori*, consumo di alcol, fumo e uso prolungato di farmaci NSAIDs. La diagnosi si basa su endoscopia con biopsia, che permette di valutare l'entità dell'infiammazione e identificare eventuali alterazioni precancerose. Il follow-up è essenziale per monitorare la progressione della patologia, eliminare i fattori di rischio e prevenire complicanze come il carcinoma gastrico. La gestione ottimale richiede un approccio multidisciplinare, con particolare attenzione alla terapia eradicante e alla sorveglianza endoscopica.

REALTIME MEETING

Diagnosi endoscopica ed errori diagnostici: gastroscopia di qualità

La diagnosi endoscopica rappresenta un pilastro fondamentale nella valutazione delle patologie gastrointestinali, con la gastroscopia di qualità che garantisce precisione e sicurezza. Tuttavia, errori diagnostici legati a limiti tecnici, interpretativi o di esperienza possono influenzare l'esito clinico e la gestione del paziente. La formazione continua e l'adozione di tecniche avanzate sono essenziali per ridurre tali errori e migliorare la sensibilità e specificità della procedura. Un approccio sistematico e standardizzato alla gastroscopia favorisce diagnosi più accurate e un trattamento più efficace. La ricerca in questo campo mira a identificare i fattori di errore e a sviluppare strategie di miglioramento continuo. In conclusione, una gastroscopia di alta qualità è cruciale per ottimizzare i risultati clinici e la qualità dell'assistenza gastroenterologica.

Tecniche resettive

Open Discussion

Si discuterà sui temi trattati.

EVOLUZIONE DELLA COLONSCOPIA

Lettura: La colonscopia: passato, presente e futuro

La colonscopia, strumento fondamentale nella diagnosi e nel trattamento delle patologie intestinali, ha visto un'evoluzione significativa nel tempo. Dal suo sviluppo iniziale come procedura invasiva, si è progressivamente avvicinata a tecniche meno invasive grazie a innovazioni tecnologiche come la colonscopia digitale e le videocamere ad alta definizione. Attualmente, la colonscopia rappresenta un esame sicuro e altamente efficace, con possibilità di interventi terapeutici in loco. Le future innovazioni prevedono l'integrazione di intelligenza artificiale, tecnologie robotiche e miglioramenti nella minimizzazione del disagio del paziente. L'evoluzione della colonscopia continuerà a migliorare la diagnosi precoce e la gestione delle patologie coloretali.

La colonscopia di qualità e ottimizzazione della preparazione nel paziente stitico

La colonscopia di qualità richiede una preparazione adeguata, fondamentale soprattutto nei pazienti stitici per garantire una visibilità ottimale e una diagnosi accurata. La gestione della stitichezza attraverso tecniche personalizzate e l'uso di preparazioni efficaci può migliorare significativamente la qualità dell'esame. Strategie come l'uso di preparati a base di PEG, modifiche dietetiche e l'impiego di laxativi somministrati con tempistiche corrette sono essenziali per ottimizzare la preparazione. La collaborazione multidisciplinare tra gastroenterologi, dietisti e pazienti facilita il rispetto delle indicazioni e riduce i tassi di preparazione incompleta. Un'accurata preparazione riduce il rischio di diagnosi mancate e di complicanze, contribuendo a un percorso diagnostico più sicuro ed efficace. Pertanto, l'attenzione alla qualità della colonscopia e alla preparazione del paziente stitico rappresenta un elemento chiave per migliorare gli esiti clinici e la soddisfazione del paziente.

Aderenza al programma di screening in Liguria

L'analisi effettuata valuta l'aderenza alla colonscopia nel programma di screening in Liguria, evidenziando i fattori che influenzano la partecipazione e le eventuali barriere. I dati raccolti mostrano un livello di adesione variabile, con regioni che presentano tassi più elevati rispetto ad altre. L'identificazione di questi fattori consente di sviluppare strategie mirate per migliorare la copertura e la prevenzione del tumore del colon-retto. Promuovere l'informazione e facilitare l'accesso rappresentano passi fondamentali per aumentare l'efficacia del programma. Un incremento dell'adesione potrebbe contribuire significativamente alla riduzione della mortalità correlata a questa patologia in Liguria.

REALTIME MEETING

Open Discussion

Prova

RUOLO DELLA CALPROTECTINA FECALE NEL PAZIENTE CON DIARREA O DOLORE ADDOMINALE

Caso clinico: MICI, altre coliti o colon irritabile?

Andrea, 45 anni si presenta con diarrea cronica, crampi addominali e perdita di peso di 4 kg negli ultimi tre mesi. I sintomi si sono progressivamente aggravati, con presenza di sangue intermittente nelle feci. Gli esami di laboratorio mostrano un'anemia microcitica e markers infiammatori elevati. La colonscopia rivela ulcerazioni e infiammazione diffusa nel colon. La diagnosi differenziale include malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) come la colite ulcerosa o la malattia di Crohn, rispetto a una colite da farmaci o al colon irritabile. La biopsia conferma una colite ulcerosa, richiedendo terapia immunosoppressiva.

La calprotectina fecale

La calprotectina fecale è un biomarcatore importante utilizzato nella diagnosi e nel monitoraggio delle malattie infiammatorie intestinali, come la colite ulcerosa e il morbo di Crohn. Questa proteina, rilasciata dai neutrofili durante l'infiammazione, permette di valutare l'attività infiammatoria nell'intestino in modo non invasivo. La sua misurazione è utile anche per distinguere tra condizioni infiammatorie e funzionali dell'intestino, migliorando la gestione clinica dei pazienti. L'analisi della calprotectina fecale rappresenta quindi uno strumento fondamentale nella pratica gastroenterologica moderna.

Utilizzo appropriato della calprotectina fecale

La calprotectina fecale rappresenta un marker affidabile per la diagnosi e il monitoraggio delle patologie infiammatorie intestinali. Il suo utilizzo appropriato consente di distinguere tra condizioni infiammatorie e non infiammatorie, riducendo l'uso di procedure invasive come la colonscopia. La corretta interpretazione dei livelli di calprotectina favorisce una gestione più mirata e tempestiva dei pazienti, migliorando gli esiti clinici. È fondamentale seguire linee guida evidence-based per assicurare un impiego ottimale di questo test diagnostico. In conclusione, l'uso appropriato della calprotectina fecale rappresenta un elemento chiave nella medicina gastroenterologica moderna.

Gestione del paziente con elevazione della calprotectina fecale

L'elevazione della calprotectina fecale rappresenta un marker importante per l'indicazione di un'infiammazione intestinale, comunemente associata a condizioni come la malattia infiammatoria intestinale (MII) e altre patologie gastrointestinali. La gestione del paziente con calprotectina elevata richiede un approccio multidisciplinare, che include una accurata anamnesi, valutazioni cliniche, esami di laboratorio e imaging diagnostico per distinguere tra cause infiammatorie e non infiammatorie. La conferma diagnostica tramite endoscopia con biopsie è spesso necessaria per definire la diagnosi e pianificare il trattamento più adeguato. La calprotectina fecale è inoltre utile nel monitoraggio della risposta terapeutica e nel rilevamento di eventuali recidive. In conclusione, una gestione integrata e personalizzata permette di ottimizzare i percorsi terapeutici e di migliorare la prognosi del paziente.

Open Discussion

Prova

REALTIME MEETING

PANCREATITE CRONICA

Lettura: Stato dell'arte

La pancreatite cronica rappresenta una condizione patologica caratterizzata da un'inflammatione progressiva e irreversibile del pancreas, che porta alla perdita di funzione esocrina ed endocrina. L'attuale stato dell'arte evidenzia significativi progressi nella comprensione dei meccanismi patogenetici, tra cui fattori genetici, stile di vita (come il consumo di alcol e tabacco) e alterazioni metaboliche. Le tecniche diagnostiche sono migliorate grazie all'utilizzo di imaging avanzato, come la risonanza magnetica e l'ecografia endoscopica, che consentono una diagnosi precoce e una valutazione dettagliata delle complicanze. Dal punto di vista terapeutico, si assiste a una maggiore attenzione alla gestione sintomatica, alla prevenzione delle complicanze e all'approccio multidisciplinare, anche se non esistono ancora trattamenti risolutivi. La ricerca attuale è focalizzata sull'identificazione di biomarcatori, sulla terapia genica e sull'innovazione nelle modalità di trattamento, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di ritardare la progressione della malattia.

Endoscopia nella pancreatite cronica: - Diagnosi - Trattamento

L'endoscopia rappresenta un'opzione fondamentale nella gestione della pancreatite cronica, sia per la diagnosi che per il trattamento. Dal punto di vista diagnostico, l'endoscopia, attraverso procedure come la colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP), consente di valutare le alterazioni strutturali del sistema pancreatico e delle vie biliari, identificando stenosi, calcificazioni e anomalie ductali. Per quanto riguarda il trattamento, l'endoscopia permette di eseguire interventi come la dilatazione delle stenosi, la rimozione di calcoli e l'inserimento di stent per alleviare le ostruzioni, migliorando la sintomatologia e la funzione pancreatica. La combinazione di diagnosi e terapia endoscopica rappresenta quindi un approccio efficace e minimamente invasivo nel management della pancreatite cronica, contribuendo a migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Open Discussion

Prova

TRAPIANTO EPATICO

Tandem Talk La gestione medica e la gestione chirurgica

Il trapianto epatico rappresenta una procedura complessa che richiede una gestione multidisciplinare sia dal punto di vista medico che chirurgico. La gestione medica si focalizza sulla valutazione pre-operatoria, il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente, la terapia immunosoppressiva per prevenire il rigetto e il trattamento delle complicanze post-operatorie, come infezioni e disfunzioni epatiche. La gestione chirurgica, invece, comprende la pianificazione e l'esecuzione dell'intervento di trapianto, la gestione delle complicanze intra- e post-operatorie, e il follow-up a lungo termine per garantire la funzionalità del nuovo fegato. Un approccio integrato tra équipe medica e chirurgica è fondamentale per ottimizzare i risultati, ridurre le complicanze e migliorare la sopravvivenza dei pazienti trapiantati.

Open Discussion

Prova

OBESITÀ

Caso clinico: Rischi e benefici della terapia medica e interventistica nel paziente con obesità

Francesco, 45 anni con obesità grave (BMI 38) e diabete di tipo 2 viene valutato per migliorare la qualità della vita. La terapia medica (antidiabetici, modifiche dello stile di vita) ha benefici nel controllo glicemico ma può causare effetti collaterali. L'intervento chirurgico bariatrico riduce significativamente il peso e i rischi cardiovascolari; tuttavia, comporta rischi chirurgici e possibili complicanze a lungo termine. La scelta terapeutica deve considerare benefici e rischi individuali, con un approccio multidisciplinare.

Terapia Medica

La terapia medica dell'obesità si configura come un approccio integrato volto a favorire la perdita di peso e migliorare il profilo metabolico dei pazienti affetti da questa condizione. Essa comprende l'uso di farmaci approvati che agiscono su diversi meccanismi fisiopatologici, come la riduzione dell'appetito, l'aumento del senso di sazietà o la modulazione dell'assorbimento dei nutrienti. La scelta terapeutica si basa sulla valutazione clinica del paziente, considerando fattori come indice di massa corporea, presenza di comorbidità e risposta alle strategie comportamentali e dietetiche. La terapia medica può essere efficace come complemento a interventi nutrizionali e all'attività fisica, rappresentando un'opzione importante per pazienti con obesità moderata o grave, contribuendo alla riduzione del rischio cardiovascolare, diabete di tipo 2 e altre complicanze associate.

Terapia endoscopica

La terapia endoscopica dell'obesità rappresenta un approccio innovativo e meno invasivo rispetto alla chirurgia tradizionale, offrendo opzioni efficaci per la gestione del peso in pazienti con obesità. Questa metodica utilizza tecniche endoscopiche per modificare la fisiologia gastrica e intestinale, favorendo la riduzione dell'assunzione di cibo e migliorando il metabolismo. Tra le principali procedure si annoverano il gastroplicatura endoscopica, il posizionamento di dispositivi di restrizione e le tecniche di sleeve endoscopico. La terapia endoscopica si distingue per minor rischio, tempi di recupero ridotti e possibilità di trattamento in pazienti non idonei alla chirurgia tradizionale. Sebbene ancora in fase di sviluppo e validazione, questa strategia si configura come una promettente alternativa nel percorso terapeutico contro l'obesità, con potenzialità di migliorare la qualità di vita e ridurre le complicanze associate a questa condizione.

Terapia chirurgica

La terapia chirurgica dell'obesità rappresenta un intervento efficace e duraturo per il trattamento dei pazienti con obesità severa e complicanze correlate. Tra le principali procedure si trovano la sleeve gastrectomy e il bypass gastrico, che favoriscono la perdita di peso attraverso restrizione e/o malassorbimento. Questi interventi migliorano significativamente la qualità della vita, riducono il rischio di malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2 e altre complicanze metaboliche. La scelta della tecnica più appropriata dipende dalle condizioni cliniche del paziente e da valutazioni multidisciplinari, garantendo un approccio personalizzato e sicuro. La chirurgia dell'obesità si conferma quindi come una strategia fondamentale nel management di casi refrattari alle terapie conservative.

Tavola rotonda Wrap Up sugli argomenti trattati

REALTIME MEETING

Provider e Segreteria Organizzativa

REALTIME MEETING SRL
unipersonale

Michael Santovino