

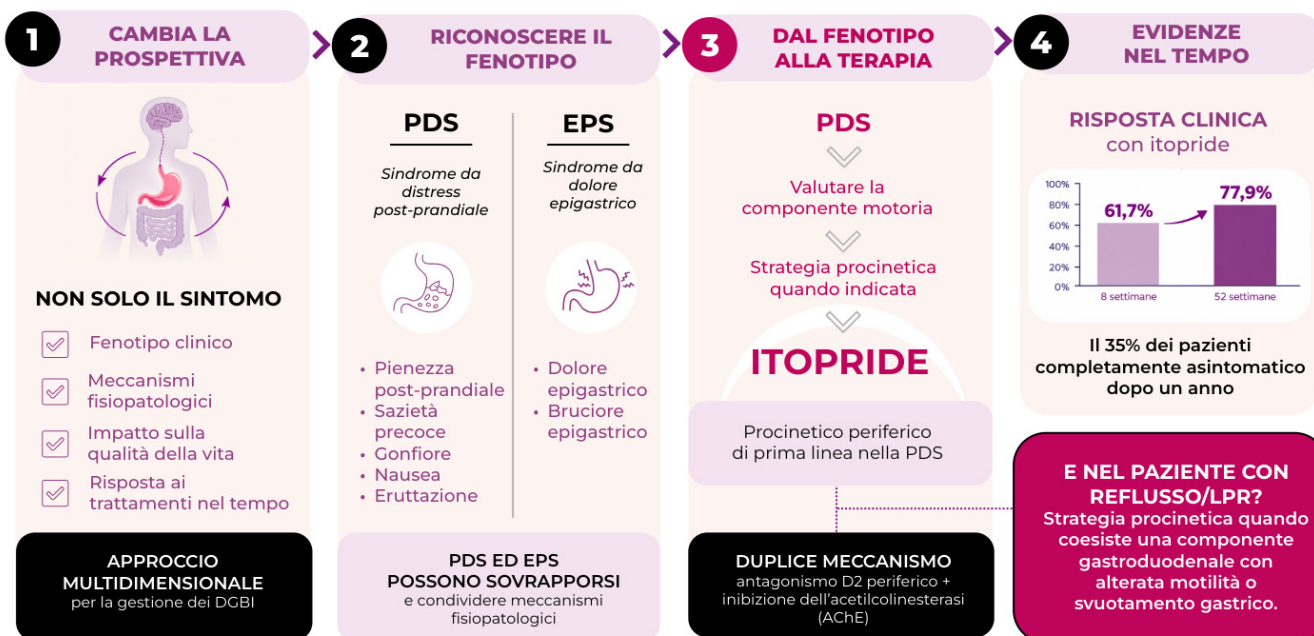
Dispepsia e disturbi della motilità gastrointestinale: che cosa cambia con i nuovi criteri di Roma V

Piercarlo Salari

Medico e divulgatore medico scientifico – Milano

Con i criteri di Roma V, l'**inquadramento della dispepsia funzionale evolve verso una lettura più articolata**, che considera fenotipo clinico, meccanismi fisiopatologici e caratteristiche del paziente per orientare la gestione terapeutica. Il **visual abstract** sintetizza i principali elementi di questo approccio, dalla distinzione tra PDS ed EPS al ruolo della strategia procinetica e alla valutazione dei sintomi da reflusso e LPR.

Dispepsia e disturbi della motilità gastrointestinale: che cosa cambia con i nuovi criteri di Roma V



CONCLUSIONI

Nella dispepsia funzionale, il riconoscimento del profilo clinico aiuta a orientare la strategia terapeutica e a superare un approccio uguale per tutti.

Introduzione

Con l'aggiornamento dei criteri di Roma, giunti alla quinta edizione, l'inquadramento dei disturbi gastrointestinali ha compiuto un ulteriore passo avanti verso un modello clinico multidimensionale. Le condizioni precedentemente definite come "disturbi gastrointestinali funzionali" (*functional gastrointestinal disorders*, FGID) sono oggi ricondotte nell'ambito dei disturbi dell'interazione intestino-cervello (*disorders of gut-brain interaction*, DGBI), sottolineando il ruolo della connessione tra funzioni gastrointestinali, sistema nervoso e fattori psicosociali nella manifestazione dei sintomi^{1,2}. Il cambiamento, però, non è soltanto terminologico: i criteri di Roma V promuovono una valutazione del paziente che tenga conto del fenotipo clinico, dei sintomi predominanti, dei possibili meccanismi fisiopatologici, dell'impatto sulla qualità di vita e della risposta agli interventi nel corso del tempo. Ne scaturisce il superamento di un approccio basato esclusivamente sul singolo sintomo a favore di una gestione orientata al fenotipo e alla personalizzazione, in linea con la natura spesso cronica e recidivante dei DGBI^{1,2}.

La dispepsia funzionale

La dispepsia funzionale è uno dei principali DGBI gastroduodenali, la cui diagnosi impone che non siano presenti delle condizioni organiche o sistemiche in grado di spiegare adeguatamente la sintomatologia³. A livello clinico i criteri di Roma V mantengono la distinzione tra due fenotipi principali (Tab. 1):

- la sindrome da distress post-prandiale (*Postprandial Distress Syndrome*, PDS), caratterizzata soprattutto da sintomi legati al pasto, tra i quali pienezza post-prandiale fastidiosa e/o sazietà precoce;
- la sindrome da dolore epigastrico (*Epigastric Pain Syndrome*, EPS), caratterizzata da dolore e/o bruciore epigastrico^{1,3}.

La PDS comprende prevalentemente sintomi indotti o aggravati dall'assunzione di cibo, con pienezza post-prandiale e sazietà precoce come manifestazioni cardinali, alle quali possono associarsi gonfiore dell'addome superiore, nausea ed eruttazione. L'EPS è invece definita dalla presenza di dolore e/o bruciore epigastrico indipendenti dall'alimentazione¹.

Va precisato che la differenziazione tra PDS ed EPS assume un valore prettamente clinico e non implica necessariamente l'esistenza di due condizioni fisiopatologicamente separate: i due fenotipi possono infatti sovrapporsi e condividere diversi meccanismi^{1,3}. Nella PDS possono intervenire vari fattori, tra cui alterazioni della *compliance* gastrica e, in una parte dei pazienti, un rallentamento dello svuotamento gastrico e spesso anche reflusso correlato. Analogamente, nell'EPS possono concorrere ipersensibilità viscerale, alterazioni della sensibilità agli stimoli acido-correlati e altri meccanismi gastroduodenali, senza che sia identificabile un'unica dinamica fisiopatologica. Questa chiave di lettura è rilevante sul piano terapeutico: la fenotipizzazione non deve essere intesa come una semplice classificazione sintomatologica, bensì come uno strumento per stabilire la strategia di intervento più appropriata al singolo paziente.

Fenotipo clinico	Sindrome da distress post-prandiale (PDS)	Sindrome da dolore epigastrico (EPS)
Sintomo cardine	Pienezza post-prandiale e/o sazietà precoce	Dolore e/o bruciore epigastrico
Relazione con i pasti	Tipicamente indotto o aggravato dal pasto, con insorgenza/peggioramento entro circa 2 ore	Non necessariamente correlata
	La relazione con i pasti orienta la caratterizzazione del fenotipo, pur in presenza di possibili sovrapposizioni cliniche tra PDS ed EPS.	
Sintomi associati	Gonfiore dell'addome superiore, nausea, eruttazione; possono comparire anche dolore o bruciore epigastrico, reflusso acido	Possono coesistere altri sintomi gastroduodenali, inclusi nausea, gonfiore post-prandiale e reflusso
Possibili correlati fisiopatologici	Alterata compliance gastrica e/o ritardato svuotamento gastrico possono contribuire al quadro; il ritardato svuotamento è descritto più frequentemente nella PDS, ma non ne costituisce un criterio diagnostico	Possono contribuire alla manifestazione ipersensibilità viscerale e altri meccanismi gastroduodenali; non è tuttavia identificabile un meccanismo univoco e specifico
Linea di approccio terapeutico	I procinetici periferici, come itopride, vengono indicati come trattamento di prima linea nella PDS	PPI come trattamento iniziale; nei casi refrattari, possibile impiego di antidepressivi triciclici

Tabella 1. Sindrome da distress post-prandiale (PDS) e sindrome da dolore epigastrico (EPS): elementi di differenziazione clinica^{1,3}.

Reflusso gastroesofageo, DGBI esofagei e sintomatologia laringofaringea

La fenotipizzazione assume particolare importanza quando la sintomatologia dispeptica si accompagna a delle manifestazioni attribuite al reflusso (va ricordato che la malattia da reflusso gastroesofageo – MRGE – è una condizione distinta dai DGBI e non rientra nella loro classificazione). Nell'ambito dei DGBI esofagei, sono riconosciute condizioni quali la *functional heartburn* (pirosi funzionale) e la *reflux hypersensitivity* (ipersensibilità al reflusso), che devono essere differenziate dalla MRGE attraverso un adeguato percorso diagnostico e, quando indicato, anche mediante indagini funzionali come la pH-impedenzometria^{1,4}.

Va tuttavia sottolineato che la dispepsia e la MRGE possono coesistere e la loro sovrapposizione è tutt'altro che infrequente: per questo motivo, la concomitanza di sintomi dispeptici e di manifestazioni attribuite al reflusso richiede una valutazione che non si limiti a ricondurre l'intero quadro a un meccanismo unico^{3,4}. La stessa cautela è particolarmente importante nel paziente che giunge all'osservazione dello specialista otorinolaringoiatra con sintomi quali tosse cronica, disfonia, sensazione di corpo estraneo in gola (*globus*) o frequente raschiamento faringeo, spesso attribuiti a reflusso laringofaringeo (LPR): i sintomi laringofaringei, infatti, non identificano necessariamente il loro meccanismo e, come suggeriscono le più recenti raccomandazioni europee, non devono essere automaticamente interpretati come espressione di MRGE o di reflusso acido⁵.

Nell'approccio empirico possono trovare spazio misure dietetico-comportamentali e strategie di barriera/protezione mucosale, mentre l'impiego dei PPI è subordinato alla presenza di elementi compatibili con un reflusso acido⁵. In un sottogruppo di pazienti con LPR sono stati riportati anche elementi compatibili con alterazioni della motilità e dello svuotamento gastrico; in questi casi, pur in assenza di evidenze sufficienti a stabilire un rapporto causale con la sintomatologia laringofaringea, la presenza di una componente gastroduodenale può essere considerata nell'ambito di un approccio terapeutico integrato, in cui, ove clinicamente indicato, il trattamento della componente motoria può complementarsi sinergicamente alle strategie mirate ai sintomi da reflusso^{1,4,5}.

Dal fenotipo alla terapia

Una volta definito il fenotipo, la strategia terapeutica dovrebbe essere orientata al meccanismo clinicamente rilevante e all'obiettivo del trattamento: nell'EPS il razionale terapeutico può includere il controllo della componente acido-correlata mediante una terapia antisecretiva e, nei pazienti selezionati e nei casi refrattari, strategie neuromodulatorie^{3,4}. Nella PDS, invece, la presenza di pienezza post-prandiale, sazietà precoce e altri sintomi correlati all'assunzione di cibo può rendere clinicamente rilevante la valutazione della componente motoria. A tale riguardo, va precisato che i procinetici non rappresentano una terapia universale della dispepsia funzionale e il loro impiego deve essere mirato, in particolare nel fenotipo PDS e, in generale, ove i sintomi sono correlati al pasto (Fig. 1).

Itopride: efficacia e sicurezza di un procinetico periferico

Nella pratica clinica, fino allo scorso anno, erano disponibili varie opzioni: levosulpiride e altri antagonisti centrali dei recettori dopaminergici D2 sono prevalentemente considerati neuromodulatori con attività procinetica accessoria. La loro capacità di superare la barriera ematoencefalica si associa alla possibilità di effetti avversi centrali, endocrini e cardiovascolari, tra cui iperprolattinemia, effetti extrapiramidali e prolungamento dell'intervallo QT, ragion per cui le rispettive schede tecniche prevedono un impiego limitato nel tempo³.

Oggi i nuovi criteri di Roma V indicano itopride come procinetico di prima linea ad azione periferica e con un duplice meccanismo, che combina l'antagonismo dei recettori dopaminergici D2 periferici con l'inibizione dell'acetilcolinesterasi (l'incremento della disponibilità di acetilcolina a livello del plesso mienterico favorisce la motilità gastrointestinale e lo svuotamento gastrico)⁶. Alla luce delle Linee Guida Italiane 2025, tale profilo acquista una particolare rilevanza quando il quadro clinico è compatibile con un fenotipo PDS: itopride si colloca pertanto come scelta preferenziale nell'ambito della strategia procinetica, grazie anche al buon profilo di tollerabilità e sicurezza, valutato a lungo termine³.

Il ruolo di itopride nel paziente con reflusso e LPR

Lo stesso criterio di appropriatezza poc'anzi illustrato deve essere applicato al paziente con sintomi da reflusso: il procinetico non deve essere considerato una terapia del reflusso in generale né, nel paziente ORL, una terapia dell'LPR di per sé. Le Linee Guida Italiane sulla MRGE ne considerano l'impiego come trattamento aggiuntivo nei pazienti che presentano sintomi concomitanti suggestivi di un alterato svuotamento gastrico o di stasi⁴.

Di conseguenza, nel paziente con LPR, l'eventuale ricorso a una strategia procinetica può essere preso in considerazione quando la valutazione clinica evidenzia anche una componente gastroduodenale compatibile con un'alterazione della motilità o dello svuotamento gastrico. In presenza di un fenotipo PDS, quindi correlato al pasto, questa informazione può contribuire a orientare la gestione del disturbo gastroduodenale.

Il messaggio che si evince, in particolare per l'otorinolaringoiatra, è quindi duplice: da un lato, evitare di attribuire automaticamente qualsiasi sintomo laringofaringeo soltanto al reflusso; dall'altro, nei pazienti selezionati, non trascurare la possibilità che coesistano sintomi gastroduodenali che meritino una valutazione specifica e, quando indicato, un percorso terapeutico condiviso con il gastroenterologo.

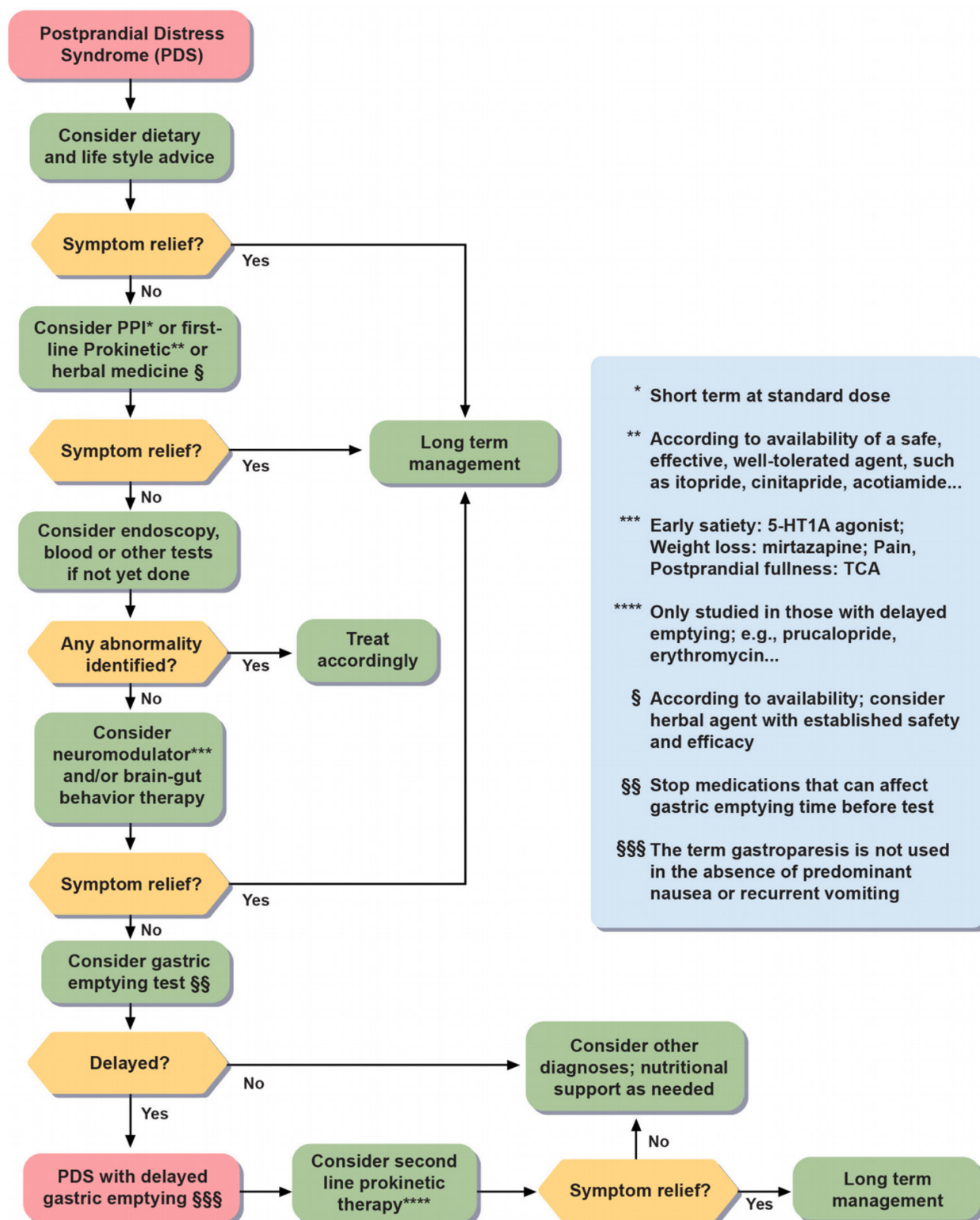


Figura 1. Dispepsia funzionale (fenotipo PDS): algoritmo terapeutico suggerito dai criteri di Roma V (tratta da Törnblom H, et al., 2026¹. Distribuito secondo i termini della licenza [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)).

Itopride nel lungo termine

Per itopride, la scheda tecnica prevede una durata standard del trattamento di 8 settimane⁶. Sono tuttavia disponibili dei dati clinici con follow-up fino a 52 settimane, che forniscono informazioni sull'utilizzo prolungato della molecola in pazienti con dispepsia funzionale (Fig. 2)⁷.

Ulteriori dati di pratica clinica post-marketing hanno riportato un miglioramento della sintomatologia post-prandiale e una bassa incidenza di eventi avversi⁸.

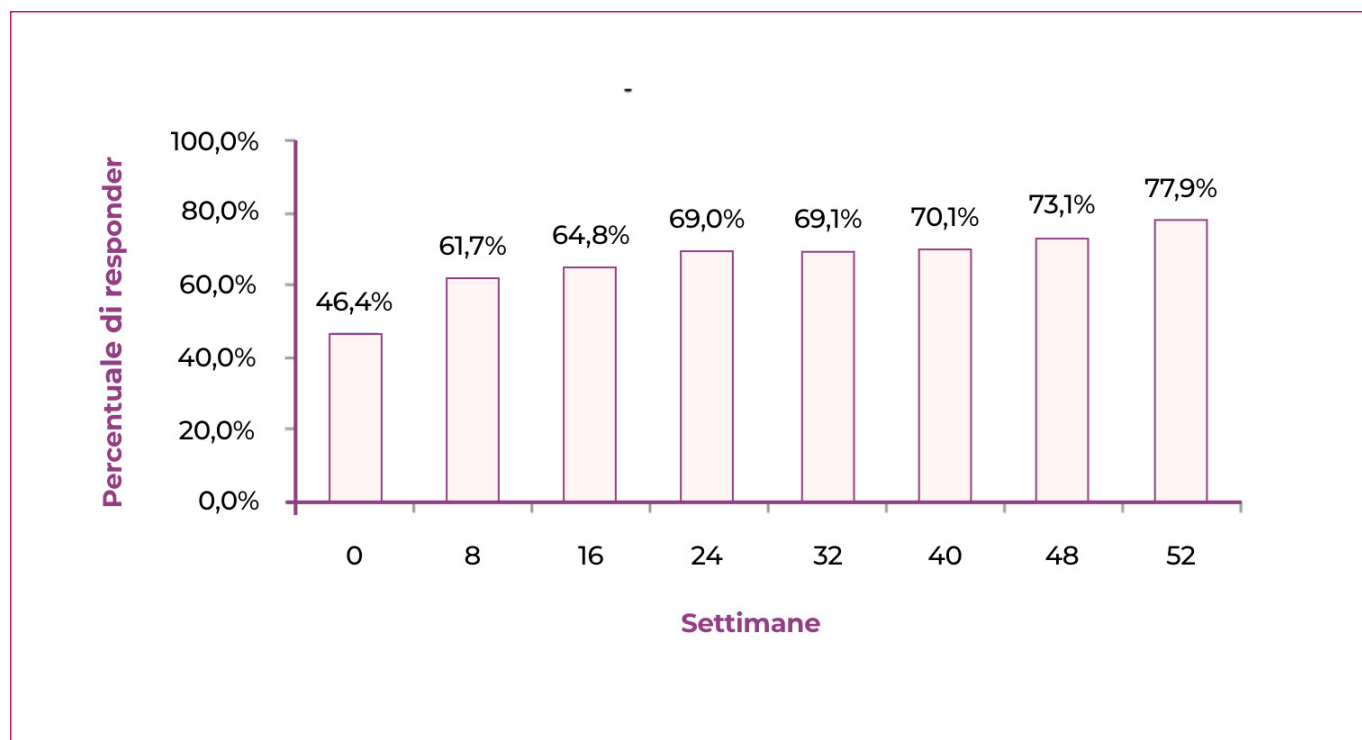


Figura 2. Efficacia a lungo termine di itopride. Dati derivati dalla fase di estensione open-label di due studi clinici multicentrici, randomizzati, in doppio cieco vs placebo. Gli studi sono stati condotti su 798 pazienti con dispepsia funzionale, trattati, dopo la fase in doppio cieco, con itopride cloridrato per un periodo massimo di 12 mesi. Il tasso di risposta complessiva è progressivamente aumentato dal 61,7% (settimana 8) al 77,9% (settimana 52). Il 35% dei pazienti è divenuto completamente asintomatico al termine del periodo di osservazione (da Broeders B et al., 2025, mod.⁷).

Questi risultati rappresentano un elemento utile nel ragionamento complessivo sulla gestione dei DGBI, nei quali la rivalutazione periodica e la sostenibilità della strategia terapeutica long term costituiscono driver importanti dell'approccio clinico.

Bibliografia

1. Törnblom H, Carbone F, Hasler WL, et al. Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology* 2026;170:1240-1260. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.038>
2. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. *Gastroenterology* 2026;170:1083-1098. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.014>
3. Sarnelli G, Pesce M, Barbara G, et al. Italian guidelines for the diagnosis and treatment of functional dyspepsia - joint consensus from the Italian societies of gastroenterology and endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and motility

- (SINGEM), hospital gastroenterologists and endoscopists (AIGO), digestive endoscopy (SIED) and general medicine (SIMG). *Digest Liver Dis* 2025;57:1730-1747. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2025.06.012>
4. Savarino EV, Barberio B, Scarpignato C, et al. Italian guidelines for the diagnosis and management of gastro-esophageal reflux disease: Joint consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), and General Medicine (SIMG). *Digest Liver Dis* 2025;57:1550-1577. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2025.04.020>
 5. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, Hans S, et al. European clinical practice guideline: managing and treating laryngopharyngeal reflux disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2026;283:629-641. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-09181-z>
 6. PROGIT. Riassunto delle caratteristiche del prodotto.
 7. Broeders B, Tack J, Talley NJ. Itopride in functional dyspepsia: open-label, 1-year treatment follow-up of two multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Therap Adv Gastroenterol* 2025;18:17562848251321123. <https://doi.org/10.1177/17562848251321123>
 8. Dolina J, Tack J, Forostyak S, et al. Impact of itopride on functional dyspepsia symptom progression: a multicenter noninterventional postregistration study. *Therap Adv Gastroenterol* 2026;19:17562848261417732. <https://doi.org/10.1177/17562848261417732>

© Copyright by Pacini Editore Srl

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>

www.pacinimedica.it/medicina_famiglia/

Pubblicato nel mese di ottobre 2026

rif. 57798-57799