

Cinque cose da sapere su... i disturbi dell'interazione intestino-cervello

Five things to know about... gut-brain interaction disorders

Marco Prastaro[1], Tecla Mastronuzzi[2]
[1]SIMG Cosenza; [2]SIMG coordinatrice macroarea prevenzione

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Cinque cose da sapere su... i disturbi dell'interazione intestino-cervello 33 (04): 57-59.

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

OPEN ACCESS

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

INTRODUZIONE

I criteri di Roma costituiscono il riferimento internazionale per la classificazione e la diagnosi dei Disturbi dell'Interazione Intestino-Cervello (*Disorders of Gut–Brain Interaction, DGBI*).
Con Roma IV (2016), i disturbi gastrointestinali funzionali sono confluiti nella categoria dei DGBI.
Roma V (2026) stabilisce un nuovo assetto procedurale, avallando il consolidamento di un modello biologicamente fondato, multidimensionale e proteso alla medicina di precisione. Roma V implementa altresì la caratterizzazione dei fenotipi clinici, integra le evidenze fisiopatologiche nel percorso diagnostico, riconosce nuove entità nosologiche e distingue più nettamente i criteri per la ricerca da quelli per la pratica clinica[1]. Le principali differenze rispetto alle edizioni antecedenti sono sintetizzate nella **tabella 1.**

1 • Cosa sono i DGBI?

Roma V sancisce il superamento del concetto di "disturbo funzionale", collocando i DGBI nell'alveo di un modello biologico edificato sulla comunicazione bidirezionale dell'asse intestino-cervello. Tale impostazione magnifica le attuali conoscenze sui meccanismi fisiopatologici coinvolti, tra i quali spiccano alterazioni della sensibilità viscerale, della motilità, dell'immunità mucosale, del microbiota e della modulazione centrale del dolore.
La scelta non è esclusivamente semantico-lessicale: elidere il termine "funzionale" significa ridurre lo stigma, favorire una diagnosi positiva ed attribuire ai disturbi una base fisiopatologica oggettiva. L'editoriale di *The Lancet* sottolinea come questa transizione linguistica rappresenti l'esito dei progressi scientifici dell'ultimo decennio[2].
Messaggio chiave: Non cambia solo il nome: cambia il modo di comprendere e spiegare la malattia.

2 • Quali criteri clinici guidano alla diagnosi?

La vera innovazione di Roma V consiste nell'abbandono di una classificazione prettamente sintomatologica a favore di una caratterizzazione fenotipica e fisiopatologica.
Roma V amplia lo spettro dei DGBI ammettendo nuove entità cliniche[1,2], tra cui la disfunzione cricofaringea retrograda, l'emicrania addominale e i disturbi della sensibilità anorettale. Emblematica è la revisione dei criteri diagnostici della sindrome dell'intestino irritabile (IBS), definita dalla presenza di dolore o *discomfort* addominale ricorrente, ma non continuo, per almeno tre giorni al mese negli ultimi tre mesi, associato alla defecazione oppure a variazioni della frequenza o della consistenza delle feci, in assenza di una relazione esclusiva con il ciclo mestruale[3].
Anche la classificazione pediatrica subisce una profonda riorganizzazione. Infine, tra le innovazioni di maggiore risalto figura la distinzione tra criteri per la ricerca e criteri per l'attività clinica[2], con l'obiettivo di coniugare rigore metodologico e applicabilità nella pratica assistenziale quotidiana. La distinzione suddetta, il perfezionamento della fenotipizzazione e l'introduzione di nuove entità diagnostiche impongono una rilettura dei dati epidemiologici e una revisione degli *endpoint* degli studi clinici.
Messaggio chiave: Non una diagnosi per esclusione, ma una diagnosi positiva basata su criteri clinici riconoscibili.

3 • A cosa serve la medicina di precisione?

L'integrazione dei criteri sintomatologici con strumenti diagnostici e valutazioni fisiopatologiche individua il passaggio più significativo verso una medicina di precisione. Roma V si pone in continuità con strumenti diagnostici validati, quali il Lyon Consensus 2.0[4] e la Chicago Classification 4.0[5], integrandone i principi nell'analisi dei disturbi esofagei.
La maggiore accuratezza diagnostica richiede un approccio multidimensionale, capace di integrare le componenti biologiche, psicologiche e sociali della malattia. Roma V delinea il quadro di riferimento per una neuro-gastroenterologia di precisione[6,7], nella quale diagnosi e trattamento scaturiscano dall'identificazio-

ne dei meccanismi fisiopatologici predominanti[8], piuttosto che dalla mera caratterizzazione sintomatologica.
Messaggio chiave: Sintomi simili possono celare meccanismi diversi: riconoscerli permette di personalizzare diagnosi e trattamento.

4 • Dalla gastroenterologia alla multidisciplinarietà?

La maggiore precisione diagnostica e la caratterizzazione dei diversi fenotipi dei DGBI si traducono anche in un diverso approccio terapeutico. Roma V supera una gestione ancorata sul sintomo ed apre ad interventi mirati, definiti in relazione ai meccanismi fisiopatologici prevalenti e alle caratteristiche individuali del paziente. Accanto alla terapia farmacologica, il trattamento può includere, quando indicato: interventi dietetici personalizzati, terapia comportamentale, neuromodulazione, *biofeedback* e riabilitazione del pavimento pelvico.
La gestione dei DGBI può inoltre richiedere un confronto interdisciplinare tra gastroenterologo, dietologo, psicologo, fisioterapista e altri professionisti coinvolti nel percorso di cura[9].
Come sottolineato anche dall'editoriale di *The Lancet*[2], la sfida è rendere questo modello realmente accessibile: la medicina di precisione può tradursi in un beneficio concreto per il paziente solo se le diverse competenze sono integrate in percorsi assistenziali strutturati e sostenibili.
Messaggio chiave: Personalizzare la cura significa adattare non solo il trattamento, ma l'intero percorso terapeutico alle caratteristiche e alle esigenze del singolo paziente.

5 • Quali compiti per il MMG?

I DGBI costituiscono una parte rilevante della pratica quotidiana della Medicina Generale. Dolore addominale ricorrente, alterazioni dell'alvo, gonfiore e disturbi digestivi persistenti sono tra i sintomi che più frequentemente conducono il paziente al MMG, sovente anticipando l'intervento dello specialista. Il *setting* della Medicina Generale assume pertanto un ruolo centrale nell'applicazione dei criteri diagnostici di Roma V. Non è casuale che Roma V preveda una specifica *Primary Care Edition* e che nel processo di sviluppo sia stato coinvolto un gruppo dedicato alla traduzione dei suoi contenuti per le cure primarie.
Roma V introduce numerosi cambiamenti. Il primo riguarda la diagnosi. Identificare un DGBI non implica l'esclusione sistematica di ogni possibile patologia organica attraverso accertamenti reiterati.
La medicina di precisione nei DGBI richiede l'integrazione tra fenotipizzazione clinica, biomarcatori fisiopatologici e caratteristiche farmacologiche individuali, con l'obiettivo di selezionare trattamenti mirati sulla base dei meccanismi predominanti e della variabilità della risposta terapeutica[10].
La valutazione clinica, l'impiego di criteri diagnostici condivisi e un'attenta ricerca dei segni/sintomi di allarme consentono al MMG di formulare tempestivamente la diagnosi, riservando gli approfondimenti diagnostici e il ricorso allo specialista ai casi di reale necessità, soprattutto per perfezionare diagnosi dubbie.
Questo orientamento verso la pratica clinica è esplicito in Roma V: la semplificazione dei criteri clinici e l'impiego di algoritmi diagnostico-terapeutici facilitano la formulazione di una diagnosi positiva[11].
Inoltre, un preciso inquadramento diagnostico permette al paziente di cogliere l'origine e il significato dei propri sintomi, riducendo l'incertezza e il ricorso ad approfondimenti e/o consultazioni inutili.
Di conseguenza, vira anche la comunicazione. Esternare al paziente la diagnosi di un DGBI significa riconoscere la natura reale e biologicamente determinata della sintomatologia, illustrare i meccanismi fisiopatologici della malattia e prospettare una rappresentazione condivisa del problema. Una comunicazione efficace è elemento costitutivo della cura e contribuisce a ridurre lo stigma e la frammentazione dell'iter diagnostico-terapeutico.
Infine, Roma V rafforza il ruolo del MMG nella regia del percorso assistenziale. Non tutti i pazienti necessitano dello stesso livello di approfondimento, né delle stesse competenze: alcuni possono essere gestiti primariamente in Medicina Generale, altri richiedono l'intervento del gastroentero-

Tabella 1 - Da Roma I a Roma V: che cosa cambia

Edizione	Evoluzione del paradigma
Pre-Roma (1990)	Dibattito crescente sui disturbi funzionali gastrointestinali.
Roma I (1994)	Definizione e classificazione dei disturbi gastrointestinali funzionali sulla base dei sintomi.
Roma II (1999)	Aggiornamento, implementazione e standardizzazione dei criteri diagnostici, con maggiore utilizzo nella ricerca clinica.
Roma III (2006)	Perfezionamento dei criteri diagnostici e caratterizzazione dei sottotipi clinici.
Roma IV (2016)	Abbandono del modello puramente "funzionale"; affermazione del concetto di "DGBI" con attenzione ai meccanismi fisiopatologici e consolidamento del modello biopsicosociale.
Roma V (2026)	Maggiore integrazione tra sintomi, fenotipo e fisiopatologia; distinzione tra criteri clinici e di ricerca; crescente orientamento alla medicina di precisione e alla multidisciplinarietà.

logo o il coinvolgimento di dietologo, psicologo, fisioterapista ovvero l'invio presso centri di fisiopatologia digestiva.
In sintesi, il nuovo modello richiede al MMG di integrare inquadramento diagnostico, gestione clinica e invio specialistico appropriato, preservando la continuità assistenziale.
Messaggio chiave: Roma V offre al MMG gli strumenti per transitare dalla diagnosi di esclusione alla diagnosi positiva, dalla semplice rassicurazione alla spiegazione e dall'invio sistematico allo specialista alla regia del percorso di cura.

Bibliografia

1. *Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. Gastroenterology. 2026 May;170(6):1083-1098. doi: 10.1053/j.gastro.2026.02.014. PMID: 42031435.*
2. *The Lancet Gastroenterology Hepatology. Rome V: refining the language of gut-brain disorders. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2026 Jul;11(7):541. doi: 10.1016/S2468-1253(26)00157-3. PMID: 42269620.*
3. *Staller K, Goodory VC, Khasawneh M, Black CJ, Ford AC. The Rome V criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care: a diagnostic accuracy study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2026 Sep;11(9):812-820. doi: 10.1016/S2468-1253(26)00118-4. Epub 2026 Jul 2. PMID: 42392123.*
4. *Gyawali CP, Yadlapati R, Fass R, Katzka D, Pandolfino J, Savarino E, Sifrim D, Spechler S, Zerbib F, Fox MR, Bhatia S, de Bortoli N, Cho YK, Cisternas D, Chen CL, Cock C, Hani A, Remes Troche JM, Xiao Y, Vaezi MF, Roman S. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. Gut. 2024 Jan 5;73(2):361-371. doi: 10.1136/gutjnl-2023-330616. PMID: 37734911; PMCID: PMC10846564.*
5. *Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, Bredenoord AJ, Prakash Gyawali C, Roman S, Babaei A, Mittal RK, Rommel N, Savarino E, Sifrim D, Smout A, Vaezi MF, Zerbib F, Akiyama J, Bhatia S, Bor S, Carlson DA, Chen JW, Cisternas D, Cock C, Coss-Adame E, de Bortoli N, Defilippi C, Fass R, Ghoshal UC, Gonlachanvit S, Hani A, Hebbard GS, Wook Jung K, Katz P, Katzka DA, Khan A, Kohn GP, Lazarescu A, Lengliner J, Mittal SK, Omari T, Park MI, Penagini R, Pohl D, Richter JE, Serra J, Sweis R, Tack J, Tatum RP, Tutuian R, Vela MF, Wong RK, Wu JC, Xiao Y, Pandolfino JE. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0©. Neurogastroenterol Motil. 2021 Jan;33(1):e14058. doi: 10.1111/nmo.14058. Erratum in: Neurogastroenterol Motil. 2024 Feb;36(2):e14179. doi: 10.1111/nmo.14179. PMID: 33373111; PMCID: PMC8034247.*
6. *Lacy BE, Saleh H, Cangemi DJ. Precision Medicine in Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2025 Oct;21(10):642-650. PMID: 41624386; PMCID: PMC12853728.*
7. *Remes-Troche JM. Rome V: minimizing "functional", maximizing precision in gut-brain disorders. Rev Esp Enferm Dig. 2026 Jul 13. doi: 10.17235/reed.2026.12073/2026. Epub ahead of print. PMID: 42439384.*
8. *Lorsch ZS, Liddle RA. Mechanisms and clinical implications of gut-brain interactions. J Clin Invest. 2026 Jan 2;136(1):e196346. doi: 10.1172/JCI196346. PMID: 41480755; PMCID: PMC12721889.*
9. *Burgell RE, Hoey L, Norton K, Fitzpatrick J. Treating disorders of brain-gut interaction with multidisciplinary integrated care. Moving towards a new standard of care. JGH Open. 2024 May 20;8(5):e13072. doi: 10.1002/jgh3.13072. PMID: 38770352; PMCID: PMC11103762.*
10. *Camilleri M, Sarnelli G, Andresen V, Greenwood-Van Meerveld B, Howden CW, Izzo AA, Jones KL. Pharmacological, Pharmacokinetic, and Pharmacogenomic Aspects of Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology. 2026 May;170(6):1152-1170. doi: 10.1053/j.gastro.2026.02.010. Epub 2026 Feb 20. PMID: 42031437.*
11. *Tack J. What Is New in the Rome V Criteria for Disorders of Gut-Brain Interaction? Gastroenterology & Hepatology. 2026;22(8):443-446.*