

REFLEX – MEDICI A CONFRONTO SULLA MALATTIA DIVERTICOLARE

HOTEL VILLA GIULIA
VIA PARE' 69/73
VALMADRERA (LC)
31 MAGGIO 2017

ID PROVIDER: 4187

**DESTINATARI ATTIVITA' FORMATIVA: MEDICO CHIRURGO SPECIALIZZATO IN:
GASTROENTEROLOGIA, MEDICINA GENERALE, CHIRURGIA GENERALE, MEDICINA
INTERNA, ENDOSCOPIA**

OBIETTIVO FORMATIVO: LINEE GUIDA – PROTOCOLLI – PROCEDURE (2)

RAZIONALE

Nell'ambito delle patologie gastrointestinali la diverticolosi e la malattia diverticolare del colon, rappresentano condizioni in cui vi è ancora scarsa definizione di vari aspetti clinici, tra questi il ruolo della sintomatologia, il rischio di diverticolite e di complicanze e la terapia sia medica che chirurgica.

La patogenesi della diverticolosi e della malattia diverticolare resta pertanto un campo di luci ed ombre.

Il management, l'approccio medico e chirurgico e la prevenzione delle recidive della malattia diverticolare rimangono ampiamente empirici e scarsamente supportati da studi clinici controllati.

Il progetto REFLEX prevede un format che venga sviluppato con una sessione "answer the question" dividendo la platea in piccoli gruppi, ciascuno seguito da un tutor specialista. Il progetto è stato così denominato in quanto la sua "mission", oltre a quella formativa/informativa, è quella di fare una fotografia della realtà italiana sull'approccio alla malattia diverticolare da parte dello specialista e dell'MMG.

PROGRAMMA

19:30 Introduzione agli argomenti, scopi e metodologia del corso
F. Pace

LAVORO A PICCOLI GRUPPI

Tutor: E. Limido, F. Parente, F. Radaelli

over SRL

SEDE LEGALE Piazza Cavour, 3 - 20121 Milano SEDE AMMINISTRATIVA Via Pagliari, 4 - 26100 Cremona

C.F.E.P.I. 07809230969 REA MI 1983145 CAPITALE SOCIALE € 50.000,00 i.v.

TEL 0372 23310 FAX 0372 569605 MAIL info@overgroup.eu WEB www.overgroup.eu

Certificato n° QAIC/IT/91733 - A



20:00 Presentazione Primo Caso Clinico: Diverticolite Ricorrente

Presentazione Secondo Caso Clinico: Diverticolosi

Presentazione Terzo Caso Clinico: SUDD (malattia diverticolare sintomatica non complicata)

22:00 Presentazione di ciascun gruppo in plenaria e confronto con la platea

23:00 Presentazione della letteratura
F. Pace

23:30 Conclusioni e considerazioni finali

23:45 Compilazione questionario E.C.M. e chiusura lavori

CASI CLINICI

CASO 1

Caso Clinico C.A. (visita del 7.10.2015)

Inviata da Collega gastroenterologo di altra Regione per parere.

Donna, in buone condizioni generali, di a. 73.

Familiarità per Ca colon.

Non rilevanti comorbidità. 2 gravidanze a termine.

BMI 23. Alvo stitico. No fumo/alcol. Dieta varia, pochi liquidi.

Storia di UD circa 40 anni fa.

Da circa 15 anni SUDD, in profilassi secondaria con Rifaximina, più o meno ininterrottamente, 7/30 giorni mese.

Quesiti

- Per quanto tempo o fino a che età prostrarre la profilassi?
- Quali parametri monitorare?
- Colonscopie di controllo ? Con che intervallo?
- Ruolo per l'ecografia delle anse?
- Regolarizzare dell'alvo è un *goal* clinico importante? Con quali presidi terapeutici?

Evoluzione Clinica

- Quest'anno, due episodi di diverticolite non complicata trattati con Levofloxacin subentranti (nel giro di 6 mesi) con febbre, addominalgia, mucorrea, tenesmo.
- Nei periodi intercritici, intenso meteorismo, alvo irregolare (prevalente stipsi), meteorismo
- Le è stata diagnosticata la sindrome di Vidal Wright.

Cosa fare?

- Management invariato: prosegue Rifaximina a cicli
- Modifica terapia: levofloxacin a cicli
- Modifica dieta: es. ↑ idratazione
- Ipotesi intervento chirurgico

Quesiti

- Quando "scatta" l'indicazione chirurgica in una diverticolite ricorrente? Quanti episodi/anno?
- E comunque, è meglio in elezione? O a ridosso di un episodio acuto?
- Deve essere fatta una colonscopia dopo una TAC?
- L'indicazione all'intervento è clinica o anatomica?

Situazione attuale (al 7/10/15)

- **Clinica** → Addominalgia subcontinua. Tenesmo. Esami ematochimici: ndp. Modesto ↑ PCR. Calprotectina: 2 x N. EO addome: dolorabilità diffusa alla palpazione profonda, in particolare in fossa iliaca sin.
- **Colonscopia virtuale** (esame effettuato subito dopo risoluzione dei sintomi dopo tp antibiotica): Lieve ispessimento delle pareti del sigma.

Decisione Clinica

- Lo Specialista consultato (FP) suggerisce intervento in elezione di emicolectomia.

Quesiti

- Condividi questa scelta terapeutica ?
- In caso contrario, cosa avresti suggerito e perché ?
- Che follow-up consiglieresti ?

CASO 2

Dottore, ho un dolore al fianco sinistro da circa 1 mese, sono stitico e, da qualche giorno, ho anche febbre

- D.V. , maschio, anni 60
- Fumatore (20 sigarette/die), occasionale consumo di alcol
- BMI 30 , scarsa attività fisica quotidiana
- Alvo tendenzialmente stitico (2-3 evacuazioni/settimana)
- Anamnesi familiare muta per patologie G-I
- Familiarità per K prostata
- APR: ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico

Marzo 2014

- Dolore persistente in fossa iliaca sinistra comparso da circa un mese
- Dieta ipocalorica ed iperproteica con conseguente calo ponderale e peggioramento della stipsi
- Tenesmo
- Occasionale ematochezia

Aprile 2014

Esami ematochimici di routine:

- GB: 13970 (N71%, L 19,5%)
- Fibrinogeno 777 mg/dl
- PCR x 3v.n.

Qual è l'ipotesi diagnostica per questo paziente?

- Sindrome dell'intestino irritabile
- Ca del colon-retto
- Diverticolite acuta
- Colica renale

Quale indagine strumentale di prima scelta in caso di sospetta diverticolite acuta?

- Colonscopia
- Ecografia dell'addome
- TC con mdc
- Clisma opaco a doppio contrasto

Il paziente si rivolge ad un operatore con elevato expertise ed effettua ecografia dell'addome:

“...in fossa iliaca sn/ipogastrio evidente ispessimento parietale (7mm) a carico del sigma (dolico sigma) con presenza di multipli osti diverticolari. A sede ipogastrica evidente piccola area ipoecogena (15mm) di verosimile natura ascessuale (diverticolite?). Ipertrofia meso-sigmoidea con piccola falda fluida in pelvi...”

Quale è l'approccio terapeutico in caso di diverticolite complicata?

- Gestione a domicilio, somministrazione di antibiotici e supplementazione di fibre
- Ospedalizzazione
- Supplementazione di fibre
- Somministrazione di rifaximina

Il 15 aprile 2014 il paziente viene ricoverato:

1. EO: dolore alla palpazione superficiale e profonda in ipogastrio e fossa iliaca sn con resistenza di parete. Alvo aperto ai gas. Febbricola;
2. Esami bioumorali: GB 15700 (N 77% L13,9%), PCR x 30 v.n, VES x 2 v.n.
3. Digiuno ed attuazione di NPT;
4. Antibiotico-terapia per via parenterale: ciprofloxacina, metronidazolo, ceftriaxone.

Quale metodica strumentale è indicata in questo caso?

- TC con mdc
- Colonscopia
- RMN
- Colonscopia virtuale

TAC addome con mdc (24/04/15):

“... voluminosa raccolta ipodensa..dal profilo di parete ispessito ed iperemico, localizzata nello scavo pelvico a sede perisigmoidea; tale raccolta sembra circondare il sigma e raggiunge direttamente la vescica improntandone il margine superiore.. Diffuso versamento nello scavo pelvico... Tale reperto appare di più verosimile natura flogistica sebbene allo attuale non sia possibile escludere una coesistenza eteroplastica.. ”

Nel corso del ricovero gli indici di flogosi si sono ridotti (GB 10.300: N 70%, L 17,6%, PCR -), tuttavia in X giornata comparsa di vomito fecaloide, alvo chiuso a feci e gas, accentuazione del dolore addominale

→ TAC addome in urgenza:

“... riduzione della raccolta ascessuale localizzata tra sigma e parete pelvica..posteriormente alla raccolta si apprezza un ispessimento di parete del sigma che

determina stenosi del lume..significativa distensione delle anse ileo-coliche a monte con presenza di livelli idro-areari non evidenti al precedente esame ...”

→Trasferimento in chirurgia

Resezione del sigma secondo Hartman.

Esame istologico:

Resezione colica di un'area di stenosi di cm 4x2. Si repertano alcuni tramiti diverticolari. Adenocarcinoma ben differenziato infiltrante il tessuto adiposo periviscerale, con associata intensa reazione infiammatoria con aree steatonecrotiche e di ascessualizzazione. Si associa diverticolosi.

La malattia diverticolare predispone all'insorgenza del cancro del colon-retto?

- SI;
- NO;
- SI, solo in presenza di familiarità;
- SI, solo se la malattia è complicata.

CASO 3

Femmina, 60 aa

Da circa 3 mesi cambiamento dell'alvo, da regolare (1-2ev/die feci Bristol 4) a diarroico (3-4 ev/die feci Bristol 5-6)

Mai sangue, no dolori addominali

No febbre

No sintomi notturni, no dimagrimento

Nel mese antecedente all'insorgenza della diarrea assunzione di antibiotico per 4 settimane per complicanze successive a intervento ortopedico

Anamnesi:

Paziente ipertesa in trattamento con ACE inibitore

FANS al bisogno (1-2 volte a settimana per cefalea)

Fumatrice 15 sigarette/die

Riferito riscontro di diverticoli colici ad un imaging 7 anni prima

Esame obiettivo:

Peso 65 kg; altezza 1,55m (BMI 27 Kg/m²)

Addome: globoso, trattabile, non dolente nè dolorabile alla palpazione superficiale e profonda. Rumori intestinali normopresenti

Esami ematochimici:

Emocromo nei limiti (no anemia, no leucocitosi)
Protidogramma, PCR nei limiti
Colesterolo tot 220 mg/dl
Es coproculturale, parassitologico e ricerca fecale della tossina del C. Difficile neg

Nell'arco di circa 2 mesi dall'insorgenza della diarrea, l'alvo della paziente si è progressivamente normalizzato
Attualmente la pz riferisce 1-2 ev/die (bristol 3-4), senza sangue.
Tuttavia la paziente riferisce l'insorgenza di uno sporadico fastidio addominale generalizzato su tutti i quadranti addominali, ma soprattutto a quelli inferiori, accompagnato da gonfiore addominale.
Questi disturbi tuttavia non interferiscono con le attività quotidiane o lavorative.
Su consiglio del figlio medico specializzando in radiologia si sottopone a RMN addome senza contrasto . Si riscontra diverticolosi pancolica .

L'inquadramento clinico della paziente è:

1. Malattia diverticolare sintomatica non complicata
2. Colite microscopica
3. Diarrea associata a diverticolosi colica
4. Sindrome dell'intestino irritabile

Quale esame ritieni opportuno eseguire per essere certo della diagnosi di diverticolosi?

1. Colonscopia con biopsie
2. Ecografia addominale
3. Clisma opaco a doppio contrasto
4. Colonscopia virtuale

Colonscopia virtuale:

“ Multiple formazioni diverticolari a piccolo e medio colletto dal cieco fino al sigma. Non si osservano ispessimenti parietali o interessamento del grasso periviscerale. No segni di diverticolite”

Quali accorgimenti non-farmacologici consiglieresti alla paziente con la diverticolosi ?

1. Evitare l' introduzione con la dieta di noci, mais e semi che potrebbero favorire l'insorgenza di complicanze e moderare l'uso di fibre alimentari
2. Aumentare notevolmente l'apporto di fibre alimentari

3. Evitare l'assunzione cronica di FANS
4. Smettere di fumare

E' consigliabile la terapia?

1. Si
2. No

Se si, quale?

Quale follow-up per la paziente?

1. Solo PCR , Emocromo , sangue occulto periodici (annuali / semestrale)
2. Controlli di imaging periodici visto il coinvolgimento pancolico della diverticolosi
3. Colonscopia tradizionale tra un anno
4. La situazione clinica non richiede ulteriori controlli , tranne se intervengono sintomi

Quale nuovi sintomi devono essere accuratamente valutati in paziente con diverticolosi?

1. Variazione della consistenza della feci
2. Dolori addominali diffusi
3. Dolori addominale e gonfiore
4. Dolore addominale ai quadranti inferiori ed alterazione dell'alvo

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **PACE FABIO**
Indirizzo **VIA DEL NASTRO AZZURRO, 3- 24122 BERGAMO (ITALIA)**
Telefono **035 222484**
Fax **035 222484**
E-mail **cn.fapac@tin.it**

Nazionalità **Italiana**
Data di nascita **29.05.1955**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date
 - DAL 27.1.1986 AL 9.3.1993 ASSISTENTE OSPEDALIERO
 - DAL 10.3.1993 AL 5.12.1996 AIUTO OSPEDALIERO
 - DAL 6.12.1993 AL 31.10.2006 DIRIGENTE DI I LIVELLO A TEMPO PIENO PRESSO LA DIVISIONE DI GASTROENTEROLOGIA DELL'OSPEDALE POLO UNIVERSITARIO "L. SACCO" DI MILANO.
 - DAL 1.11.2006 AL 28.2.2010 RICERCATORE UNIVERSITARIO C/D CATTEDRA DI GASTROENTEROLOGIA DELL'OSPEDALE POLO UNIVERSITARIO "L. SACCO" DI MILANO
 - DAL 1.3.2010 DIRETTORE U.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA DELL'OSPEDALE "BOLOGNINI" DI SERIATE (BG)

 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- AZIENDA OSPEDALIERA "BOLOGNINI" SERIATE (BG) – Via Paderno, 21- 24068 Seriate (BG)**
- Tempo determinato**
Dirigente medico – Direttore UOC Gastroenterologia

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date
 - Maturità Liceo Classico conseguita nel 1973**
 - Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data 14.7.1979**
 - Specializzazione in Malattie dell'Apparato Digerente in data 14.12.1983**
 - Assegno di Formazione professionale triennale del C.N. R. dal 1.12.1983**

• Nome e tipo di Istituto di istruzione o formazione

Maturità Liceo Classico conseguita nel 1973 con voti 58/60 presso il Liceo Classico E. Ximenes di Trapani

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Palermo in data 14.7.1979, con voti 110/110 e lode

Specializzazione in Malattie dell'Apparato Digerente presso l'Università di Palermo in data 14.12.1983, con voti 50/50 e lode

Assegno di Formazione professionale triennale del C.N. R. dal 1.12.1983

• Qualifica conseguita

Specialista in Gastroenterologia

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

PRIMA LINGUA

INGLESE

ALTRA LINGUA

TEDESCO

• Capacità di lettura

ECCELLENTE

• Capacità di scrittura

ECCELLENTE

• Capacità di espressione orale

ECCELLENTE

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

PER MOTIVI PROFESSIONALI A CONTATTO QUOTIDIANO CON UTENTI CHE AFFERISCONO ALLA STRUTTURA OSPEDALIERA E CON COLLEGI

INOLTRE, ATTIVITÀ PUBBLICA DI RELATORE SCIENTIFICO IN CONVEGNI, CONGRESSI E MEETING ANCHE ALL'ESTERO E ORGANIZZATORE SCIENTIFICO DI CONVEGNI E CORSI

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

IN QUALITÀ DI DIRETTORE DI UOC COORDINO ATTIVITÀ DI LAVORO E DI RICERCA DI COLLEGI E SOVRINTENDO AL BUDGET RELATIVO

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

ADOPERO ABITUALMENTE COMPUTER

SVOLGO ATTIVITÀ ENDOSCOPICA ANCHE DI TIPO OPERATIVO

ESPERIENZE DI DOCENZA: ISTITUZIONALMENTE INSEGNAMENTO C/O CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GASTROENTEROLOGIA. INOLTRE, ATTIVITÀ DI RELATORE E DI ORGANIZZATORE CONGRESSI SCIENTIFICI.

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE

NESSUNA

PATENTE O PATENTI

PATENTE AUTOMOBILISTICA CAT. "B"

ALLEGATI

NO

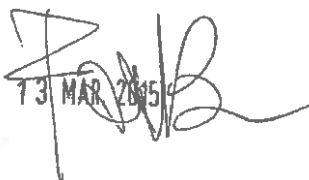
Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla D.Lgs. 196/03.

Data . . .

Seriate (BG)

Firma

Fabio Pace



Dott. RADAELLI FRANCO

Cognome e nome

Dott. RADAELLI FRANCO

Luogo e data di nascita

COMO - CO- 28/06/1967

Iscrizioni

28/06/1993 - Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di
COMO (Ordine della Provincia di COMO) n. 0000004875

Lauree

26/03/1993 - MEDICINA E CHIRURGIA (MILANO)

Abilitazioni

1993 /1 - Medicina e Chirurgia (MILANO)

Specializzazioni

02/11/1998 - GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA (MILANO) - Specializzazione

Elenchi speciali

n.d.

Master

n.d.

Dottorati

n.d.

Ultimo aggiornamento

12/01/2016



CURRICULUM VITAE**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome	Limido Eugenio
Data di nascita	21/03/1956
Qualifica	Il Fascia
Amministrazione	AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA - COMO
Incarico attuale	Responsabile - Medicina Generale
Numero telefonico dell'ufficio	031799457
Fax dell'ufficio	031799295
E-mail istituzionale	eugenio.limido@hsacomo.org

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

Titolo di studio	Laurea in Medicina e Chirurgia									
Altri titoli di studio e professionali	- Specialità in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva									
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)	- Medico di Medicina Generale sostituto e titolare di incarico - AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI VARESE - Dirigente Medico 1 livello - OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO - Dirigente Medico 1 livello Responsabile di U.O. Semplice di Nutrizione Clinica - OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO - Dirigente Medico 2 livello - Direttore U.O. Medicina Generale - Presidio di Cantù - AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA - COMO									
Capacità linguistiche	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lingua</th> <th>Livello Parlato</th> <th>Livello Scritto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inglese</td> <td>Fluente</td> <td>Scolastico</td> </tr> <tr> <td>Francese</td> <td>Scolastico</td> <td>Scolastico</td> </tr> </tbody> </table>	Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto	Inglese	Fluente	Scolastico	Francese	Scolastico	Scolastico
Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto								
Inglese	Fluente	Scolastico								
Francese	Scolastico	Scolastico								
Capacità nell'uso delle tecnologie	- Uso computer avanzato									
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare)										

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	FABRIZIO RAFFAELLO PARENTE
Indirizzo	
Telefono lavoro	0341 489969
Cellulare	
Fax	
E-mail	F.PARENTE@OSPEDALE.LECCO.IT
Nazionalità	ITALIANA
Data di nascita	19.09.1956
Posizione funzionale attualmente ricoperta	DIRETTORE FF STRUTTURA COMPLESSA DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA, AZIENDA OSPEDALIERA DI LECCO

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- *DATE (DA - A)*
ISCRITTO ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA, DAL 1974 AL 1981
LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, NEL 1981 CON VOTI 110/110 E LODE.
SPECIALIZZAZIONE IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA NEL 1985
SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA INTERNA NEL 1993
- *NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE*
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA INTERNA I, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
- *PRINCIPALI MATERIE / ABILITÀ PROFESSIONALI OGGETTO DELLO STUDIO*
SPECIALISTA IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA
- *QUALIFICA CONSEGUITA*
- *LIVELLO NELLA CLASSIFICAZIONE NAZIONALE (SE PERTINENTE)*

CURRICULUM DI CARRIERA

ESPERIENZE LAVORATIVE

DATE (DA - A)

- AIUTO CORRESPONSABILE DI GASTROENTEROLOGIA, DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA E GASTROENTEROLOGIA, OSPEDALE UNIVERSITARIO L.SACCO, MILANO, DAL GENNAIO 1999 AL NOVEMBRE 2004.
- VISITING SPECIALIST, DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, LEEDS GENERAL INFIRMARY AND GLASGOW ROYAL INFIRMARY (REGNO UNITO) DA SETTEMBRE 1998 A DICEMBRE 1998 (PROF. ATR AXON, DR. J.MORRIS)
- AIUTO CORRESPONSABILE DI GASTROENTEROLOGIA, DIVISIONE DI GASTROENTEROLOGIA, OSPEDALE UNIVERSITARIO L.SACCO, MILANO, DA LUGLIO 1995 A SETTEMBRE 1998
- SENIOR REGISTRAR, DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, LEEDS GENERAL INFIRMARY, LEEDS, (REGNO UNITO) FROM JANUARY 1994 TO JUNE 1995 (PROF. ATR AXON)

- ASSISTENTE MEDICO, DIVISIONE DI GASTROENTEROLOGIA, OSPEDALE L.SACCO , MILANO DA APRILE 1991 A GENNAIO 1994
- ASSISTENTE MEDICO, DIVISIONE DI GASTROENTEROLOGIA, OSPEDALE L.SACCO, MILANO DA GIUGNO 1989 A SETTEMBRE 1989 E DA DICEMBRE 1989 AD APRILE 1991
- VISITING SPECIALIST, DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY ACADEMIC MEDICAL CENTER, UNIVERSITY OF AMSTERDAM (THE NETHERLANDS), DA OTTOBRE 1989 A DICEMBRE 1989 (PROF. G. TYTGAT)
- ASSISTENTE MEDICO, DIVISIONE DI GASTROENTEROLOGIA OSPEDALE MALPIGHI , BOLOGNA DA DICEMBRE 1988 A MAGGIO 1989 (PROF. L. GANDOLFI)
- ASSISTENTE MEDICO, SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA, DIVISIONE DI MEDICINA INTERNA, OSPEDALE L.SACCO, MILANO DAL 1985 AL 1988.
- MEDICO INTERNO, DIVISIONE DI MEDICINA INTERNA, OSPEDALE L.SACCO, MILANO DAL 1983 AL 1985.
- MEDICO INTERNO, DIVISIONE DI MEDICINA INTERNA, OSPEDALE POLICLINICO, MILANO DAL 1981 AL 1983.

ENTE DI RIFERIMENTO (DATORE DI LAVORO)

- TIPO DI AZIENDA O SETTORE
- TIPO DI IMPIEGO
- PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ

AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALE DI LECCO"

DIRIGENTE MEDICO A TEMPO PIENO

COORDINA TUTTA L'ATTIVITÀ DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI LECCO E SVOLGE ATTIVITÀ DI GASTROENTEROLOGIA CLINICA.

CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI
Acquisite nel corso della carriera

CAPACITÀ E COMPETENZE
FORMATIVE E DIDATTICHE

PROFESSORE A CONTRATTO DI "GASTROENTEROLOGIA" PRESSO LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1 DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO (2003-2008).

ELENCO LAVORI DEGLI ULTIMI 5 ANNI:

- 89) BARGIGGIA S, MACONI G, ELLI L, P.MOLTENI, S.ARDIZZONE, PARENTE F, ET AL. SONOGRAPHIC PREVALENCE OF LIVER STEATOSIS AND BILIARY TRACT STONES IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. A STUDY IN 511 SUBJECTS IN ONE SINGLE CENTRE. *J CLIN GASTROENTEROL*, 2003;36:417-20. (IF 1.16)
- 90) MACONI G, SAMPIETRO G, PARENTE F, CRISTALDI M, POMPILI G, MATA CENA G ET AL. DIAGNOSTIC VALUE OF BOWEL ULTRASOUND IN DETECTING SEPTIC ABDOMINAL COMPLICATIONS OF CROHN'S DISEASE: A COMPARATIVE STUDY VERSUS X-RAY USING SURGICAL FINDINGS AS GOLD STANDARD. *AM J GASTROENTEROL*, 2003;98:1545-55. (IF 3.549)
- 91) PARENTE F, CUCINO C, GALLUS S, GRECO S, BARGIGGIA S, PASTORE L, BIANCHI PORRO G: HOSPITAL USE OF ACID-SUPPRESSIVE MEDICATIONS AND ITS FALL-OUT ON PRESCRIBING IN GENERAL PRACTICE: A 1-MONTH SURVEY. *ALIMENT PHARMACOL THER*, 2003;17:1503-6. (IF 3.9)
- 92) PARENTE F, CUCINO C, BIANCHI PORRO G: TREATMENT OPTIONS FOR PATIENTS WITH *H.PYLORI* INFECTION RESISTANT TO ONE OR MORE ERADICATION ATTEMPTS. *DIG LIVER Dis*, 2003;35:523-8. (IF 2.29)
- 93) PARENTE F, CUCINO C, ANDERLONI A, G GRANDINETTI, BIANCHI PORRO G: TREATMENT OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION USING A NOVEL ANTIADHESION COMPOUND (3' SIALYLLACTOSE SODIUM SALT). A DOUBLE BLIND, PLACEBO-CONTROLLED CLINICAL STUDY. *HELICOBACTER*, 2003;8:252-6. (IF 2.737).
- 94) MACONI G, CARSANA L, FOCIANI P, SAMPIETRO GM, ARDIZZONE S, CRISTALDI M, PARENTE F, VAGO GL, TASCHIERI AM, BIANCHI PORRO G. SMALL BOWEL STENOSIS IN CROHN'S DISEASE: CLINICAL, BIOCHEMICAL AND ULTRASONOGRAPHIC EVALUATION OF HISTOLOGICAL FEATURES. *ALIMENT PHARMACOL THER*, 2003;18:749-56.(IF 3.9)
- 95) PARENTE F, GRECO S, MOLTENI M, CUCINO C, MACONI G, SAMPIETRO GM, DANELLI PG, M.CRISTALDI, R BIANCO, S.GALLUS, G.BIANCHI PORRO. ROLE OF EARLY ULTRASOUND IN DETECTING INFLAMMATORY INTESTINAL DISORDERS AND IDENTIFYING THEIR ANATOMICAL LOCATION WITHIN THE BOWEL *ALIMENT PHARMACOL THER*, 2003;18: 1009-16. (IF 3.9).
- 96) PARENTE F, ANDERLONI A, MORANDI E, TRABUCCHI E, BIANCHI PORRO G GIANT BLEEDING STROMAL TUMOUR. *GASTROINTEST END*, 2004, 60:100-1. (IF 2.58).
- 97) PARENTE F, GRECO S, MOLTENI M, ANDERLONI A, MACONI G, BIANCHI PORRO G BOWEL ULTRASOUND IN THE DIAGNOSTIC WORK-UP AND FOLLOW-UP OF CROHN'S DISEASE. *INFLAMM BOWEL Dis*, 2004, 10:452-461 (IF 3.098).
- 98) SANPIETRO GM, CRISTALDI M, MACONI G, PARENTE F, DANELLI PG, ARDIZZONE S, BIANCHI PORRO G, TASCHIERI AM NON-CONVENTIONAL STRICTUREPLASTY IN CROHN'S DISEASE. ANALYSIS OF MORBIDITY AND LONG-TERM RECURRENCE IN A CONSECUTIVE SERIES OF 102 PATIENTS. A PROSPECTIVE LONGITUDINAL STUDY. *AM J SURG*, 2004, 199:8-20 (IF 3.17).
- 99) PARENTE F, ANDERLONI A, GRECO S, BIANCHI PORRO G ILEO-CAECAL BURKITT'S LYMPHOMA. *GASTROENTEROLOGY*, 2004, 127:17,368. (IF 13.44).
- 100) CUCINO C, PARENTE F, BIANCHI PORRO G RIGHTWARD SHIFT OF COLORECTAL CANCER IN ITALY DURING THE LAST DECADES. *SCAND J GASTROENTEROL*, 2004, 39:783-6. (IF 1.826).
- 101) PARENTE F, BARGIGGIA S, ANDERLONI A, GIANI A, BIANCHI PORRO G. AN UNUSUAL CAUSE OF RECURRENT BILIARY COLICKS. *DIG LIVER Dis*, 2004, 36:763-5. (IF 2.29).
- 102) PARENTE F, GRECO S, MOLTENI M, ANDERLONI A, SAMPIETRO GM, DANELLI PG, GALLUS S, BIANCHI PORRO G ORAL CONTRAST BOWEL ULTRASONOGRAPHY IN THE ASSESSMENT OF SMALL INTESTINE CROHN'S DISEASE. A PROSPECTIVE COMPARISON WITH CONVENTIONAL ULTRASOUND, X-RAY STUDIES AND ILEO-COLONOSCOPY. *GUT*, 2004, 53:1652-7.(IF 6.17)
- 103) PARENTE F, SAMPIETRO M, MOLTENI M, GRECO S, ANDERLONI A, SPOSITO C, DANELLI PG, GALLUS S, BIANCHI PORRO G BEHAVIOUR OF BOWEL WALL WITHIN THE FIRST YEAR FROM SURGERY IS A STRONG PREDICTOR OF CROHN'S DISEASE RECURRENCE. A PROSPECTIVE STUDY. *ALIMENT PHARMACOL THER*, 2004, 20:959-68. (IF 3.52).
- 104) PARENTE F, ANDERLONI A, LAZZARONI M, SAMPIETRO GM, DANELLI PG, BIANCHI PORRO G GASTRIC ADENOCARCINOMA OF MECKEL'S DIVERTICULUM PRESENTING WITH INTERMITTENT BOWEL OBSTRUCTION. *GASTROINTEST END*, 2005;61:180-3. (IF 2.581).
- 105) PARENTE F, MOLTENI M, ANDERLONI A, LAZZARONI M, SAMPIETRO GM, BIANCHI PORRO G ILEAL CARCINOID MIMICKING CROHN'S DISEASE. *GASTROINTEST END*, 2005;61:105-6. (IF 2.581).

PUBBLICAZIONI/ RAPPORTI DI
CONSULENZA EDITORIALE

- 106) PARENTE F, GRECO S, MOLteni M, BIANCHI PORRO G BOWEL ULTRASOUND IN THE DIAGNOSTIC WORK-UP OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. *EUR J GASTROENTEROL HEPATOL*, 2005, 17:283-91.(IF 1.58).
- 107) PARENTE F, BIANCHI PORRO G ULTRASOUND OF THE DIGESTIVE TRACT IN THE 21ST CENTURY. *EUR J GASTROENTEROL HEPATOL*, 2005, 17:253-5 (IF 1.58).
- 108) PARENTE F, ANDERLONI A, BARGIGGIA S, IMBESI V, TRABUCCHI E, BARATTI C, GALLUS S, BIANCHI PORRO G OUTCOME ON NON-VARICEAL ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN RELATION TO THE TIME OF ENDOSCOPY AND THE EXPERIENCE OF THE ENDOSCOPIST: A TWO YEAR SURVEY. *WORLD J GASTROENTEROL* 2005;11:7122-30 (IF 3.3).
- 109) PARENTE F, BARGIGGIA S, ANDERLONI A *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION AND ANTISECRETORY EFFICACY OF PROTON-PUMP INHIBITORS IN GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: A LIAISON DANGEREUSE OR AN INNOCENT INTERPLAY ? *SCAND J GASTROENTEROL* 2006;41:1121-25 (IF 1.89).
- 110) PARENTE F, PASTORE L, BARGIGGIA S, CUCINO C, GRECO S, MOLteni M, ARDIZZONE S, BIANCHI PORRO G, SAMPIETRO GM, MORETTI R, GALLUS S INCIDENCE AND RISK FACTORS FOR GALLSTONES IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS: A LARGE CASE-CONTROL STUDY. *HEPATOLOGY* 2007;45:1267-74 (IF 9.9).
- 111) CASELLI M,ZULLO A,MACONI G,PARENTE F,ALVISI V,CASETTI T ET AL. "CERVIA II WORKING GROUP REPORT 2006":GUIDELINES ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN ITALY. *DIG LIVER DIS* 2007;39:782-89 (IF 2.1).
- 112) BARGIGGIA S, PARENTE F, UCCI G, TRICOMI P, ZERBI P, VAGO L. BLEEDING GASTRIC METASTATIC MELANOMA. *DIG LIVER DIS* 2008,40:699.
- 113) PARENTE F,MARINO B,CROSTA C BOWEL PREPARATION IN THE ERA OF MASS SCREENING FOR COLORECTAL CANCER: A PRACTICAL APPROACH. *DIG LIVER DIS* 2009;41:87-95.
- 114) PARENTE F,COLLI A,COSTA M,BARGIGGIA S,GRECO S,SPILLER R HOW CAN A LARGE GALLSTONE GIVE RAISE TO CHRONIC DIARRHOEA ? *GUT* 2009;58:24,89.
- 115) PARENTE F, MARINO B,DE VECCHI N,MORETTI R ON BEHALF OF THE LECCO CANCER SCREENING GROUP FAECAL OCCULT BLOOD TEST-BASED SCREENING PROGRAMME WITH HIGH COMPLIANCE FOR COLONOSCOPY HAS A STRONG CLINICAL IMPACT ON COLORECTAL CANCER. *BR J SURG* 2009,96:533-40.
- 116) WEST NJ, BOUSTIERE C, FISCHBACH W, PARENTE F, LEICESTER RJ COLORECTAL CANCER SCREENING IN EUROPE: DIFFERENCES IN APPROACH; SIMILAR BARRIER TO OVERCOME. *INT J COLORECTAL Dis* 2009,24:731-40.
- 117) PARENTE F, MOLteni M, MARINO B, COLLI A, ARDIZZONE S, GRECO S ET AL BOWEL ULTRASOUND AND MUCOSAL HEALING IN ULCERATIVE COLITIS. *Dig Dis* 2009;27:285-90.
- 118) PARENTE F, MOLteni M, MARINO B, COLLI A, ARDIZZONE S, GRECO S. ET AL. ARE COLONOSCOPY AND BOWEL ULTRASOUND USEFUL TO ASSESS RESPONSE TO SHORT-TERM THERAPY AND PREDICT DISEASE OUTCOME OF MODERATE TO SEVERE FORMS OF ULCERATIVE COLITIS ? A PROSPECTIVE STUDY. *AM J GASTROENTEROL* 2009

APPARTENENZA A SOCIETA'
SCIENTIFICHE, COMITATI, BOARD
SCIENTIFICI, RUOLI
ISTITUZIONALI, ECC.

SOCIO DELLA ASSOCIAZIONE ITALIANA GASTROENTEROLOGI OSPEDALIERI (AIGO)
SOCIO DELLA SOCIETÀ BRITANNICA DI GASTROENTEROLOGIA (BSG)

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE
*Competenze non precedentemente
indicate.*

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI