

EVENTO FORMATIVO

GI MASTERCLASS PERCORSI GESTIONALI CONDIVISI IN GASTROENTEROLOGIA

➔ Provider ECM:	SUMMEET SRL – ID 604
➔ Data:	10-11 aprile 2026
➔ Sede:	Hotel Excelsior Bari Via G. Petroni, 15 70124 Bari BA
➔ Tipologia:	RES
➔ Responsabile Scientifico:	Alessandro Mussetto
➔ Destinatari:	100 Medici Chirurghi (discipline: medicina generale)
➔ Durata dell'evento – crediti formativi:	8 ore formative – 8 crediti ecm

RAZIONALE SCIENTIFICO

Al giorno d'oggi si stima che un'ampia fetta della popolazione industrializzata soffra di disturbi gastrointestinali spesso invalidanti. Ad esempio, quasi il 3% degli italiani soffre di malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), mentre il 17% soffre di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE). Tuttavia, queste due patologie rappresentano soltanto una minima parte dei tanti tasselli che compongono il complesso panorama delle malattie gastrointestinali più diffuse. Questa ampia varietà di disturbi gastrointestinali presenta talvolta un complesso di sintomi erroneamente attribuiti ad altre patologie, rischiando di ostacolare la corretta diagnosi e rallentare l'intervento precoce.

Come spesso accade, il medico di medicina generale (MMG) è il primo professionista a cui si rivolge il paziente all'insorgere della sintomatologia, e da cui dipenderanno l'adeguata individuazione della causa del sintomo e l'impostazione del percorso diagnostico e terapeutico, oltre che il successivo monitoraggio. Il suo ruolo è quindi centrale per un corretto inquadramento dei sintomi riferiti, per una definizione degli eventuali accertamenti strumentali più opportuni, per impostare una strategia terapeutica ottimale, ma anche per stabilire il momento dell'invio allo Specialista.

Attraverso l'incontro e il confronto scientifico tra Specialisti e MMG, il presente progetto formativo ha lo scopo di fornire momenti di discussione e approfondimento clinico-gestionale delle tematiche maggiormente meritevoli di chiarificazioni, unitamente alle controversie presenti nella pratica clinica, allo scopo di raggiungere un allineamento su ampia scala. Attraverso delle esemplificazioni cliniche, specialisti e MMG lavorano in consesso spaziando su cinque aree tematiche in ambito gastroenterologico: MICI, MRGE, endoscopia digestiva e condizioni su base disbiotica, come la malattia diverticolare sintomatica non complicata (o SUDD).

Venerdì 10 aprile 2026

Ore 13:30 Apertura segreteria e registrazione partecipanti

Moderatore: [Ignazio Grattagliano](#)

Ore 14:00 Introduzione: il paziente "gastroenterologico". La gestione condivisa tra Specialista e MMG

[Ignazio Grattagliano](#)

Ore 14:30-17:45 Esempificazioni cliniche su tavoli digitali, commento ragionato e approfondimento (MMG trasversale a tutte le esemplificazioni)

Pancia "irritabile" o intestino "malato"?

[SUDD e Disbiosi intestinale – Walter Elisei](#)

Uomo di 65 anni, sovrappeso ed iperteso, in buone condizioni generali. In anamnesi, inoltre, diverticolosi del colon sinistro riscontrata occasionalmente in corso di colonscopia di screening, in assenza di sintomi. Nella storia clinica del paziente comparsa progressiva di dolore addominale ricorrente in fossa iliaca sinistra, associato a gonfiore, alvo irregolare e sensazione di evacuazione incompleta, senza febbre né segni di infezione. Il quadro clinico, simil-sindrome dell'intestino irritabile, consentirà di analizzare le varie espressioni fenotipiche della malattia diverticolare colica nonché di discutere delle opzioni terapeutiche più appropriate, incluso l'utilizzo dei modulatori del microbiota intestinale, ad ulteriore riprova del ruolo centrale della disbiosi nella genesi e nel mantenimento dei sintomi.

Preparare i pazienti a prepararsi: mission (im)possible!

[Endoscopia digestiva – Alessandro Mussetto](#)

Donna di 58 anni, obesa e in terapia per depressione endogena, terapia con cardioASA. Deve sottoporsi a colonscopia (prioritaria? ordinaria?) per episodio di rettorragia con lieve anemizzazione. Colonscopia con scadente preparazione. Nuova colonscopia con buona preparazione e riscontro di polipo del retto esciso in sessione dedicata previa sospensione di cardioASA. Considerazioni finali su pazienti difficili da preparare e sospensione terapia antitrombotica.

Quando il reflusso non sembra davvero reflusso...

[Malattia da reflusso gastroesofageo – Paolo Usai Satta](#)

Paziente di circa 40 aa con tosse, faringodinia, dispnea. Occasionale presenza di sintomi tipici da reflusso. Recente polmonite. Gli snodi verteranno su quale debba essere il migliore iniziale approccio diagnostico, l'interfaccia con otorino e pneumologo, il ruolo delle indagini di secondo livello come la ph-impedenzometria ed infine l'approccio terapeutico tra inibitori di pompa, antiacidi e protettori di mucosa. Le considerazioni finali riguarderanno la gestione complessa, possibilmente multidisciplinare, diagnostica e terapeutica, talvolta controversa, dei pazienti con presunti sintomi extraesofagei da reflusso

Urgenza improvvisa: il caso che non aspetta

[Malattie infiammatorie croniche intestinali – Nicola Della Valle](#)

Paziente giovane con esordio recente di diarrea (4-5 evacuazioni/die) associata a sangue e urgenza evacuativa, senza febbre, dolore addominale importante o segni di disidratazione. Dopo un primo tentativo empirico non efficace, il MMG avvia il work-up e attiva il percorso di invio allo specialista, ma deve gestire il paziente, nel frattempo, a causa di tempi di attesa.

Il caso è costruito per simulare le decisioni real-life nel setting di Medicina Generale: triage e safety-netting, esami "ponte", criteri di urgenza, comunicazione strutturata MMG-specialista e gestione durante l'attesa degli esami. La colonscopia documenta una rettocolite ulcerosa sinistra con attività endoscopica moderata (Mayo 2); l'istologia conferma colite cronica attiva ed esclude infezioni rilevanti (es. CMV) e displasia. Gli snodi del caso includono anche come il MMG comunica al paziente gli esiti (endoscopia e istologia), rinforzando aderenza e appropriatezza del follow-up, e come si imposta/ottimizza una terapia di prima linea coerente con CU lieve-moderata in un modello di shared-care MMG-specialista.

Ore 16:00-16:15

Coffee break

Ore 17:45 Discussione e Take home messages
Tutti

Ore 18:15 Chiusura lavori prima giornata

Sabato 11 aprile 2026

Ore 08:30 Apertura segreteria e registrazione partecipanti

Moderatore: *Ignazio Grattagliano*

Ore 09:00-12:15 Esempificazioni cliniche su tavoli digitali, commento ragionato e approfondimento (MMG trasversale a tutte le esemplificazioni)

Pancia "irritabile" o intestino "malato"?

SUDD e Disbiosi intestinale – Walter Elisei

Uomo di 65 anni, sovrappeso ed iperteso, in buone condizioni generali. In anamnesi, inoltre, diverticolosi del colon sinistro riscontrata occasionalmente in corso di colonscopia di screening, in assenza di sintomi. Nella storia clinica del paziente comparsa progressiva di dolore addominale ricorrente in fossa iliaca sinistra, associato a gonfiore, alvo irregolare e sensazione di evacuazione incompleta, senza febbre né segni di infezione. Il quadro clinico, simil-sindrome dell'intestino irritabile, consentirà di analizzare le varie espressioni fenotipiche della malattia diverticolare colica nonché di discutere delle opzioni terapeutiche più appropriate, incluso l'utilizzo dei modulatori del microbiota intestinale, ad ulteriore riprova del ruolo centrale della disbiosi nella genesi e nel mantenimento dei sintomi.

Preparare i pazienti a prepararsi: mission (im)possible!

Endoscopia digestiva – Alessandro Mussetto

Donna di 58 anni, obesa e in terapia per depressione endogena, terapia con cardioASA. Deve sottoporsi a colonscopia (prioritaria? ordinaria?) per episodio di rettorragia con lieve anemizzazione. Colonscopia con scadente preparazione. Nuova colonscopia con buona preparazione e riscontro di polipo del retto esciso in sessione dedicata previa sospensione di cardioASA. Considerazioni finali su pazienti difficili da preparare e sospensione terapia antitrombotica.

Quando il reflusso non sembra davvero reflusso...

Malattia da reflusso gastroesofageo – Paolo Usai Satta

Paziente di circa 40 aa con tosse, faringodinia, dispnea. Occasionale presenza di sintomi tipici da reflusso. Recente polmonite. Gli snodi verteranno su quale debba essere il migliore iniziale approccio diagnostico, l'interfaccia con otorino e pneumologo, il ruolo delle indagini di secondo livello come la ph-impedenzometria ed infine l'approccio terapeutico tra inibitori di pompa, antiacidi e protettori di mucosa. Le considerazioni finali riguarderanno la gestione complessa, possibilmente multidisciplinare, diagnostica e terapeutica, talvolta controversa, dei pazienti con presunti sintomi extraesofagei da reflusso.

Urgenza improvvisa: il caso che non aspetta

Malattie infiammatorie croniche intestinali – Nicola Della Valle

Paziente giovane con esordio recente di diarrea (4-5 evacuazioni/die) associata a sangue e urgenza evacuativa, senza febbre, dolore addominale importante o segni di disidratazione. Dopo un primo tentativo empirico non efficace, il MMG avvia il work-up e attiva il percorso di invio allo specialista, ma deve gestire il paziente, nel frattempo, a causa di tempi di attesa.

Il caso è costruito per simulare le decisioni real-life nel setting di Medicina Generale: triage e safety-netting, esami "ponte", criteri di urgenza, comunicazione strutturata MMG-specialista e gestione durante l'attesa degli esami. La colonscopia documenta una rettocolite ulcerosa sinistra con attività endoscopica moderata (Mayo 2); l'istologia conferma colite cronica attiva ed esclude infezioni rilevanti (es. CMV) e displasia. Gli snodi del caso includono anche come il MMG comunica al paziente gli esiti (endoscopia e istologia), rinforzando aderenza e appropriatezza del follow-up, e come si imposta/ottimizza una terapia di prima linea coerente con CU lieve-moderata in un modello di shared-care MMG-specialista.

- Ore 10:30-10:45 *Coffee break*
- Ore 12:15 Considerazioni conclusive
Tutti
- Ore 13:00 Chiusura dei lavori

NOME COGNOME	LAUREA	SPECIALIZZAZIONE	AFFILIAZIONE
IGNAZIO GRATTAGLIANO	MEDICINA E CHIRURGIA	MEDICINA INTERNA	Professore di Medicina di Famiglia all'Università degli Studi di Bari.
PAOLO USAI SATTA	MEDICINA E CHIRURGIA	GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	U.O.C. Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera Arnas G. Ospedale Brotzu di Cagliari
Walter Elisei	Medicina e Chirurgia	GASTROENTEROLOGIA	UOC GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma
Nicola Della Valle	Medicina e Chirurgia	GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA	U.O.C di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Azienda Ospedaliera Policlinico Foggia
ALESSANDRO MUSSETTO	Medicina e Chirurgia	Gastroenterologia	Direttore UOS "Coordinamento dell'attività gastroenterologica Faenza-Lugo" – AUSL della Romagna