

EVENTO FORMATIVO

GI MASTERCLASS PERCORSI GESTIONALI CONDIVISI IN GASTROENTEROLOGIA

➔ Provider ECM:	SUMMEET SRL – ID 604
➔ Data:	22-23 maggio 2026
➔ Sede:	Starhotels Majestic C.so Vittorio Emanuele II, 54 10123 Torino TO
➔ 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

Il 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 22 maggio 2026

Ore 13:30 Apertura segreteria e registrazione partecipanti

Moderatore: *Cesare Tosetti*

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

Cesare Tosetti

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 – Cesare Cremon

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 – Roberto Lamanda

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 anemia. 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 – Antonella Santonicola

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-impedenziometria 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 – Davide Ribaldone

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 23 maggio 2026

Ore 08:30 Apertura segreteria e registrazione partecipanti

Moderatore: *Cesare Tosetti*

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 – Cesare Cremon

Uomo di 65 anni, sovrappeso ed iperteso, in buone condizioni generali. In anamnesi, inoltre, diverticolosi del colon sinistro riscontrata occasionalmente in corso di colonoscopia 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 – Roberto Lamanda

Donna di 58 anni, obesa e in terapia per depressione endogena, terapia con cardioASA. Deve sottoporsi a colonoscopia (prioritaria? ordinaria?) per episodio di rettorragia con lieve anemizzazione. Colonoscopia con scadente preparazione. Nuova colonoscopia 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 – Antonella Santonicola

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 – Davide Ribaldone

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 colonoscopia 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
CESARE TOSETTI	Medicina e Chirurgia	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Gastroenterologo, Medico di Medicina Generale, Porretta Terme (BO)
ANTONELLA SANTONICOLA	Medicina e Chirurgia	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Ricercatrice a tempo determinato in Gastroenterologia presso il Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria presso l'Università di Salerno.
CESARE CREMON	Medicina e Chirurgia	Medicina Interna	Medicina Interna e Fisiopatologia Digestiva, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
DAVIDE GIUSEPPE RIBALDONE	Medicina e Chirurgia	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	Associate professor, Consultant Gastroenterologist, Università degli Studi di Torino – Department of Medical Sciences; A.O.U. "CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO
ROBERTO LAMANDA	Medicina e Chirurgia	GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Direttore UOC Gastroenterologia DEA II livello ASL Na2 Nord, Napoli