

APE 2.0

(Appuntamenti Per Esperienze in Reumatologia e Gastroenterologia)

Monza, 22 Settembre 2026

Aula didattica, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza

Evento ECM nr.

PROGRAMMA SCIENTIFICO

12.45 Welcome Coffee e Registrazione partecipanti

13.15 **Apertura della giornata e presentazione obiettivi del corso**

Carlo Alberto Scirè, Chiara Viganò

13.30 **Gestione multidisciplinare del paziente con IBD e malattie reumatologiche**

Introduce: *Alessandro Quadarella*

Discussants: *Michele Agosti, Silvia Buzzi, Sofia Cacioppo, Eugenio Capparelli, Maria Beatrice Casarini, Elisabetta Colombo, Paola Cosimo, Alice De Bernardi, Francesca Dall'Ara, Imma Di Luna, Maria Fichera, Marilena Frigato, Nicoletta Manzocchi, Emanuele Molteni, Alessandra Piagnani, Lorena Pirola, Alessandro Quadarella, Verdiana Serena Quadrelli, Marta Riva, Carlo Fabrizio Santagata, Alberto Scirè, Chiara Viganò*

14.00 **Valutazione obiettivi terapeutici ed attività di malattia in IBD**

Introduce: *Chiara Viganò*

Discussants: *Michele Agosti, Silvia Buzzi, Sofia Cacioppo, Eugenio Capparelli, Maria Beatrice Casarini, Elisabetta Colombo, Paola Cosimo, Alice De Bernardi, Francesca Dall'Ara, Imma Di Luna, Maria Fichera, Marilena Frigato, Nicoletta Manzocchi, Emanuele Molteni, Alessandra Piagnani, Lorena Pirola, Alessandro Quadarella, Verdiana Serena Quadrelli, Marta Riva, Carlo Fabrizio Santagata, Alberto Scirè, Chiara Viganò*

14.30 **Valutazione obiettivi terapeutici ed attività di malattia in reumatologia**

Introduce: *Emanuele Molteni*

Discussants: *Michele Agosti, Silvia Buzzi, Sofia Cacioppo, Eugenio Capparelli, Maria Beatrice Casarini, Elisabetta Colombo, Paola Cosimo, Alice De Bernardi, Francesca Dall'Ara, Imma Di Luna, Maria Fichera, Marilena Frigato, Nicoletta Manzocchi, Emanuele Molteni, Alessandra Piagnani, Lorena Pirola, Alessandro Quadarella, Verdiana Serena Quadrelli, Marta Riva, Carlo Fabrizio Santagata, Alberto Scirè, Chiara Viganò*

15.00 **Ipotesi ed esercitazione di valutazione unitaria**

Introduce: *Carlo Scirè*

Discussants: *Michele Agosti, Silvia Buzzi, Sofia Cacioppo, Eugenio Capparelli, Maria Beatrice Casarini, Elisabetta Colombo, Paola Cosimo, Alice De Bernardi, Francesca Dall'Ara, Imma Di Luna, Maria Fichera, Marilena Frigato, Nicoletta Manzocchi, Emanuele Molteni, Alessandra Piagnani, Lorena Pirola, Alessandro Quadarella, Verdiana Serena Quadrelli, Marta Riva, Carlo Fabrizio Santagata, Alberto Scirè, Chiara Viganò*

16.00 **Presentazione esperienze cliniche real life dai centri coinvolti**

Michele Agosti, Silvia Buzzi, Sofia Cacioppo, Eugenio Capparelli, Maria Beatrice Casarini, Elisabetta Colombo, Paola Cosimo, Alice De Bernardi, Francesca Dall'Ara, Imma Di Luna, Maria Fichera, Marilena Frigato, Nicoletta Manzocchi, Emanuele Molteni, Alessandra Piagnani, Lorena Pirola, Alessandro Quadarella, Verdiana Serena Quadrelli, Marta Riva, Carlo Fabrizio Santagata, Alberto Scirè, Chiara Viganò

19.00 Verifica questionario ECM e fine lavori

Carlo Alberto Scirè, Chiara Viganò

PROGETTO APE 2.0

Monza, 22 Settembre 2026

Aula Didattica - IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza

RAZIONALE

In un grande Centro la multidisciplinarietà è alla base del trattamento dei pazienti con Malattie Infiammatorie Croniche. La collaborazione tra Gastroenterologo e Reumatologo nella gestione del dolore e dell'entero artrite, a volte presenti – e purtroppo invalidanti – nelle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI/IBD) è importante e significativa.

Il reumatologo si colloca all'interno di un percorso multidisciplinare dove è strettamente importante ci sia una stretta collaborazione tra reumatologo e gastroenterologo. Perché? Perché pazienti affetti da malattie croniche intestinali spesso hanno anche forme di entero artriti. È una manifestazione extra intestinale della malattia che si manifesta proprio a livello dell'apparato muscolo-scheletrico. Ci sono dei campanelli di allarme che devono portare il gastroenterologo a interpellare quanto prima il reumatologo, in primo luogo il dolore. In una eventuale entero artrite è un dolore di tipo infiammatorio, con caratteristiche diverse rispetto ad altre forme che possono invece presentarsi: di tipo meccanico o neuropatico. Tutto ciò può anche cambiare l'approccio terapeutico ed indirizzare ad una scelta condivisa del trattamento. Ci sono delle terapie che vanno bene sia per la parte intestinale sia per la parte articolare. Oppure, talvolta, ci possiamo trovare di fronte anche a delle forme di artriti paradossali, vale a dire come se fossero un effetto collaterale della patologia che vengono appunto scatenati dalla terapia intatta. Non vengono determinate tanto dalla patologia quanto dal trattamento, e questo è fondamentale per poi indirizzare una terapia meglio mirata. Inoltre, il paziente affetto da malattie croniche, spesso presenta anche altre comorbidità quali ansia e depressione, e a volte può presentare un dolore muscolo-scheletrico che è diverso da quello che ho definito prima, quindi non di tipo infiammatorio ma di tipo associato ad un'altra patologia che è la fibromialgia. Più del 20% dei pazienti affetti da una MICI può soffrire anche di questa comorbidità associata. Saranno condivise dai tutor e dal gruppo di lavoro le proprie esperienze cliniche magari le più complesse e di difficile gestione così da poter stimolare la discussione in sala plenaria come condivisione corale tra specialisti e la best practice da applicare nel proprio centro di riferimento.

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE: FSC

SEDE EVENTO: IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza - Via GB Pergolesi 33 – 20900 Monza

TOTALE ORE FORMATIVE: 6 ore

CREDITI FORMATIVI ECM: 6

DESTINATARI DELL'OFFERTA FORMATIVA: 18 discenti

Medici Chirurghi specializzati in Chirurgia Generale, Gastroenterologia, Reumatologia, Medicina Interna

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Prof.re Carlo Scirè

Professore associato di Reumatologia Università degli Studi di Milano – Bicocca

Dirigente medico UOC Reumatologia, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza

Dott.ssa Chiara Viganò

Dirigente medico UOC Gastroenterologia, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza

TUTORS**Prof.re Carlo Scirè**

Professore associato di Reumatologia Università degli Studi di Milano – Bicocca

Dirigente medico UOC Reumatologia, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza

Dott.ssa Chiara Viganò

Dirigente medico UOC Gastroenterologia, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza

Alessandro Quadarella

U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero

Emanuele Molteni

UOC Reumatologia, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza

GRUPPO DI LAVORO

1. Marilena Frigato (UOC Reumatologia) Mantova
2. Maria Beatrice Casarini (UOC Gastroenterologia) Mantova
3. Francesca Dall'Ara (UOC Reumatologia) Cremona
4. Imma Di Luna (UOC Gastroenterologia) Cremona
5. Maria Fichera (UOC Gastroenterologia) Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza
6. Nicoletta Manzocchi (UOC Reumatologia) Lecco- Merate
7. Alessandra Piagnani (UOC Gastroenterologia) Lecco Merate
8. Sofia Cacioppo (UOC Reumatologia) Busto Arsizio
9. Elisabetta Colombo (UOC Gastroenterologia) Busto Arsizio
10. Eugenio Capparelli (UOC Reumatologia) Legnano - Magenta
11. Fabrizio Santagata (UOC Gastroenterologia) Legnano-Magenta
12. Marta Riva (UOC Reumatologia) Clinica Gavazzeni - Bergamo
13. Lorena Pirola (UOC Gastroenterologia), Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza
14. Verdiana Serena Quadrelli (UOC Reumatologia) Rho/Garbagnate
15. Alice De Bernardi (UOC Gastroenterologia) Rho/Garbagnate
16. Paola Cosimo (UOC Gastroenterologia) Seriate
17. Michele Agosti (UOC Reumatologia) Vimercate
18. Silvia Buzzi (UOC Gastroenterologia) Vimercate

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Marilena Frigato	Medico Chirurgo	Reumatologia	UOC reumatologia ASST C Poma Mantova	reumatologo, vice primario lavora presso la struttura semplice di Allergologia e Immunologia Clinica dell'ASST di Mantova presso l'ospedale Carlo Poma dal 2002. Nella sua attività reumatologica segue i pazienti ambulatoriali, i pazienti in trattamento con farmaci biotecnologici ed i nuovi JAK inibitori, i pazienti che praticano terapie infusioni con vasodilatatori ed immunosoppressori presso il nostro Day Hospital.
Sofia Cacioppo	Medico Chirurgo	Reumatologia	UOC Reumatologia Busto Arsizio	reumatologo, lavora presso la struttura semplice Ospedale di Busto Arsizio (VA). Fa anche libera professione
Maria Beatrice Casarini	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva ASST C Poma Mantova	LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA CON LODE - SPECIALIZZAZIONE IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA CON LODE SOCIA IG-IBD ED AIGO - Dal 01/01/1992 al 30/10/1995 ha frequentato come specializzando la Scuola in Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dell'Università di Verona partecipando a tempo pieno all'attività assistenziale (compresa quella di

				guardia) e scientifica prevalentemente in ambito pancreaticologico. - AZIENDA OSPEDALIERA VERONA - Dal 01/01/1996 al 31/01/1996 è stata titolare del servizio di guardia medica della città di Mantova nell'ambito del servizio di emergenza e continuità assistenziale - ASL DELLA PROVINCIA DI MANTOVA - Dal 20/02/1996 al 31/12/1996 ha vinto, dopo pubblico concorso, una borsa di studio bandita dall'Istituto Oncologico Mantovano, finalizzato allo studio delle neoplasie dell'apparato digerente con frequenza annuale presso la Divisione di Oncologia dell'Ospedale Carlo Poma di Mantova- Ha nuovamente frequentato come borsista dall'aprile all'ottobre'98 - AZIENDA OSPEDALIERA CARLO.POMA - MANTOVA - Dal 14/10/1998 al 20/06/2002 ha prestato servizio presso la prima divisione di Medicina Generale. Nel settembre 2000 ha superato l'esame di concorso per un posto di dirigente medico, specialità di Gastroenterologia ed Endoscopi. Dal dicembre 2003 al giugno 2013 è stata assegnata presso la Struttura Complessa di Gastroenterologia , dove ha prestato servizio anche come sostituto del Direttore. Nel corso di tale periodo si è dedicata esclusivamente alla diagnosi e cura delle malattie dell'apparato digerente con riferimento soprattutto ai seguenti ambiti: 1-epatologia preminentemente non virale per ciò che riguarda: a) diagnosi (ecografia addominale superiore di cui oggi è responsabile di ambulatorio dedicato); b) iter clinico e terapeutico con ricovero in regime MAC /DH c) collaborazione all'esecuzione dei trattamenti loco-regionali dell'HCC (alcolizzazione) 2-trattamento IBD (m. di Crohn e colite ulcerosa) con farmaci immunosoppressori e biologici con ambulatori dedicati (per infusione e monitoraggio farmaci) e ricoveri in regime MAC e DH. 3) Patologia bilio-pancreatica ,MRGE,celiachia, coliti ischemiche ,coliti microscopiche e malattia diverticolare, etc (ambulatori divisionali) - AZIENDA OSPEDALIERA CARLO.POMA - MANTOVA - Dal 1/6/2013 al 31/12/2017 la Gastroenterologia risulta accorpata al DH Polivalente/Allergologia,sotto la direzione della Dr.ssa Maria Teresa Costantino . Durante tale periodo ha proseguito la propria esperienza in ambito gastroenterologica collaborando anche con i Colleghi Allergologi nella diagnosi e terapia delle allergie alimentari con particolare riferimento anche a patologie più complesse (esofagite eosinofila gastroenterite eosinofila).AZIENDA OSPEDALIERA CARLO.POMA-MANTOVA - Dal 1/1/2018 la Gastroenterologia risulta accorpata alla SSD di Endoscopia Digestiva sotto la Direzione del Dr Stefano Pilati AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE MANTOVA
Elisabetta Colombo	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	UOC Gastroenterologia Busto Arsizio	Gastroenterologa c/o l'ospedale di Busto Arsizio (VA) Il reparto accoglie in regime di ricovero (urgente o ordinario) persone con patologie internistiche-gastroenterologiche e garantisce attività di Endoscopia Digestiva diagnostico-terapeutica (gastrosocopia, colonsocopia, enteroscopia, ERCP, eco-endoscopia, endoscopia capsulare), con attività ambulatoriale specialistica anche di Nutrizione Clinica.
Francesca Dall'Ara	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Istituti Ospitalieri Cremona	Dirigente medico I° livello • Principali mansioni e responsabilità Dal Novembre 1992 lavora nel Presidio Ospedaliero Cremonese dell'Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona come dirigente medico di primo livello. Fino all'Agosto 1993 ha prestato servizio presso la II° divisione di Lunga Degenza Riabilitativa come assistente medico; ha quindi svolto lo stesso ruolo presso la I° Divisione di Lunga Degenza Riabilitativa fino al 30 Dicembre 1994. Da allora, e fino ad ora, presta servizio presso la II° divisione di Medicina Generale. (dal Luglio 2008 diventata Divisione di Medicina Interna) Dal Gennaio 2004 è responsabile dell'Ambulatorio di Reumatologia dell'Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona, riconosciuta come Unità semplice di Reumatologia dal gennaio 2008
Imma Di Luna	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Azienda Istituti Ospitalieri Cremona	Dal 2008 dirigente medico presso Istituti Ospitalieri ASST Cremona
Maria Fichera	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale San Gerardo Monza	Esercita nel reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale San Gerardo di Monza
Nicoletta Manzocchi	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale S. L. Mandic di Merate	Il reparto di Medicina Generale dell'Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate in provincia di Lecco, situato in Largo Mandic 1, ha come Direttore F.F. la Dott.ssa Nicoletta Manzocchi. Il reparto si occupa prevalentemente di malattie cardiovascolari, malattie gastroenteriche e del fegato, malattie polmonari, diabete mellito e malattie del metabolismo, neoplasie, malattie allergiche, malattie autoimmuni sistemiche. Svolge qualificata attività di Day Hospital particolarmente dedicata alla Oncologia (cicli terapeutici di somministrazione di chemioterapici antitumorali) e all'Allergologia, nonché attività ambulatoriale di Diabetologia, Gastro-Enterologia ed Epatologia, Allergologia, Immunologia Clinica, Iperensione arteriosa, Medicina Interna, Oncologia, Pneumologia
Alessandra Piagnani	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale S. L. Mandic di Merate	Dirigente medico dal 2008 presso l'Ospedale SL Mandic di Merate

Eugenio Capparelli	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale di Legnano Magenta	Dal 2021 dirigente medico Reumatologia dell'ASST ovest Milanese che rappresenta una realtà all'avanguardia in quanto Centro malattie rare, sede dello Scleroderma center deliberato dalla Regione Lombardia nella rete Scleronet
Lorena Pirola	Medico chirurgo	Gastroenterologia	UOC Gastroenterologia Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza	Esercita nel reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale San Gerardo di Monza
Marta Riva	Medico Chirurgo	Reumatologia	Istituto Gavazzeni	Dal 2017 dirigente medico presso Istituto Gavazzeni
Silvia Buzzi	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	ASST della Brianza	Dirigente Medico Medicina Generale Ospedale di Vimercate Lavoro o posizione ricoperti Principali attività e responsabilità Nome e indirizzo del datore di lavoro Tipo di attività o settore Istruzione e formazione Date 01-11-2019 Specializzazione in Reumatologia Università Statale di Milano 50/50 e lode 10-10-2014 Laurea in Medicina e Chirurgia Università Statale di Brescia 110/110 e lode 01/07/2007 Maturità Scientifica Liceo Fermi Salò 100/100
Verdiana Serena Quadrelli	Medico Chirurgo	Reumatologia	ASST Rhodense	Novembre 2018 - presente • Nome e indirizzo del datore di lavoro Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica - Università di Pavia • Tipo di azienda o settore IRCCS Policlinico San Matteo Pavia, Reumatologia, Prof. Carlomaurizio Montecucco • Tipo di impiego Scuola di Specializzazione in Reumatologia • Principali mansioni e responsabilità Medico Specializzando in Reumatologia
Fabrizio Santagata	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	UOC Gastroenterologia) Ospedale di Legnano-Magenta	Dirigente medico ASST Ovest Milanese
Alide De Bernardi	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	ASST Rhodense	Dal 2021 dirigente medico UOC gastroenterologia ASST Rhodense
Paola Cosimo	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	ASST Bergamo Est	Dal 2021 Dirigente Medico - UOS GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Michele Agosti	Medico Chirurgo	Reumatologia	ASST della Brianza	31-12-2019 in corso Dirigente Medico Medicina Generale Ospedale di Vimercate Lavoro o posizione ricoperti Principali attività e responsabilità Nome e indirizzo del datore di lavoro Tipo di attività o settore Istruzione e formazione Date 01-11-2019 Specializzazione in Reumatologia Università Statale di Milano 50/50 e lode 10-10-2014 Laurea in Medicina e Chirurgia Università Statale di Brescia 110/110 e lode 01/07/2007 Maturità Scientifica Liceo Fermi Salò 100/100
Alessandro Quadarella	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Fondazione Poliambulanza Brescia	Specialista nella gestione di patologie dell'apparato digerente (malattie infiammatorie croniche intestinali, sindrome dell'intestino irritabile, coliti microscopiche, gastroenterite eosinofila, malattia celiaca, malattia da reflusso gastroesofageo, etc), tumori del tratto gastrointestinale, GUT microbiota, breath tests. Ha svolto più di 10.000 procedure endoscopiche diagnostiche ed operative (in elezione ed in urgenza) dell'apparato digerente superiore (esofagogastroduodenoscopia - EGDS), inferiore (rettosigmoidocolonscopia - RSCS), polipectomie e mucosectomie (EMR). Ha partecipato a numerosi trial clinici di fase 2 e 3 in qualità di sub-investigatore e ha condotto studi di ricerca in vivo ed ex vivo su modelli murini di colite cronica e cancro del colon retto. Vincitrice di Premio Toniolo (2011). Premio Toniolo per ricerca su modelli murini di cancro del colon-retto. La dott.ssa Viviana Gerardi è nata a Copertino (LE) il 18/03/1984. Ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia nel 2011 presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e si è specializzata in Gastroenterologia nel 2018 presso la medesima sede. Nel corso della Scuola di Specializzazione ha improntato la sua formazione nel settore della Gastroenterologia e dell'Endoscopia Digestiva.
Carlo Alberto Scirè	Medico Chirurgo	Reumatologia	Università degli Studi Milano Bicocca	Settembre 2008 – oggi: incarico libero-professionale per lo svolgimento di attività assistenziale in qualità di dirigente medico presso la struttura di Reumatologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Dicembre 2010-oggi coordinatore della unità di ricerca epidemiologica della Società Italiana di Reumatologia. Gennaio 2005-oggi: attività di ambulatorio specialistico presso la Clinica per la Diagnosi delle artriti precoci (Early Arthritis Clinic), esecuzione di ecografia muscoloscheletrica, sviluppo e gestione del database della Early Arthritis Clinic – Responsabile Prof. R. Caporali, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia. Settembre 2009 – Febbraio 2010 Contratto onorario come medico reumatologo presso il Manchester Royal Infirmary hospital – Direttore Prof. I. Bruce – Manchester - UK Settembre 2009 – Febbraio 2010 Contratto onorario come ricercatore presso la ar
Chiara Viganò	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale San Gerardo Monza	Dal 11/2005 al 11/2009 iscritta alla Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva I dell'Università degli Studi di Milano (Direttore Prof. Dario Conte, Prof. Roberto De Franchis). Durante il corso di specializzazione:

				- Attività di Reparto (1 anno) e di Day Hospital (6 mesi) - Attività ambulatoriale: Ambulatorio di gastroenterologia generale, Malattie infiammatorie Intestinali e Malattie Funzionali del Colon-Retto-Ano - Servizio di ecografia transanale e Manometria ano-rettale - Attività di Endoscopia Digestiva c/o Ospedale di Rho (Direttore Dott. A. Prada) e c/o Fondaz. Ospedale Maggiore Policlinico (Direttore Prof. R. de Franchis) (9 mesi) Svolgimento inoltre di attività di ricerca clinica e di base, con particolare interesse alle malattie infiammatorie croniche intestinali, alla sindrome dell'intestino irritabile ed all'ecografia transanale. • Dal 11/2009 al 03/2011 Borsista dell'Università degli Studi di Milano presso la UO Gastroenterologia II della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena (Direttore Prof. Dario Conte), con svolgimento di attività clinica ambulatoriale (ambulatorio IBD e malattie funzionali del colon-retto-anno, ambulatorio di ecografia transanale e fisiopatologia digestiva del tratto digerente inferiore) ed attività di ricerca con particolare riferimento alle malattie infiammatorie intestinali ed alla sindrome dell'intestino irritabile. • Dal 11/2010 al 01/2011 Servizio di guardia attiva diurna e notturna presso la Casa di Cura Città di Milano – Via Lamarmora, Milano. • Dal 03/2011 al 07/2013 Dirigente Medico presso la UO Medicina Generale dell'Ospedale Religioso Classificato Sacra Famiglia Fatebenefratelli di Erba (CO), con svolgimento di attività di reparto, endoscopia digestiva, attività ambulatoriale specialistica gastroenterologica ed epatologica, ambulatorio specialistico di ecografia transanale e turnistica di pronto soccorso. • Dal 08/2013 Dirigente Medico presso UOC Gastroenterologia Ospedale San Gerardo di Monza.
Emanuele Molteni	Medico Chirurgo	Reumatologia	UOC Reumatologia, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Monza	Esercita nel reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale San Gerardo di Monza

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

ABSTRACTS

Gestione multidisciplinare del paziente con IBD e malattie reumatologiche

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (Inflammatory Bowel Diseases, IBD), comprendenti la Malattia di Crohn e la Colite ulcerosa, sono frequentemente associate a manifestazioni extraintestinali, tra cui le patologie reumatologiche rappresentano le più comuni e clinicamente rilevanti. Le spondiloartriti, le artriti periferiche e altre condizioni infiammatorie muscoloscheletriche condividono con le IBD meccanismi patogenetici, fattori genetici e vie immunologiche comuni, rendendo necessario un approccio integrato alla gestione del paziente.

La complessità diagnostica e terapeutica di queste condizioni richiede una stretta collaborazione tra gastroenterologo, reumatologo, radiologo, infermiere specializzato e, quando necessario, altri professionisti sanitari. L'identificazione precoce delle manifestazioni articolari nei pazienti con IBD

e il riconoscimento di sintomi gastrointestinali nei pazienti reumatologici consentono una diagnosi tempestiva e una migliore stratificazione del rischio.

L'approccio multidisciplinare favorisce la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, l'ottimizzazione delle strategie di monitoraggio e la scelta di trattamenti efficaci su entrambe le componenti della malattia. In particolare, l'impiego di terapie biologiche e di piccole molecole con target immunologici comuni ha ampliato le opportunità terapeutiche, richiedendo tuttavia una valutazione congiunta di efficacia, sicurezza e appropriatezza clinica.

L'integrazione delle competenze specialistiche migliora gli esiti clinici, la qualità di vita e l'aderenza terapeutica, riducendo il rischio di danno strutturale e di progressione della malattia. La gestione multidisciplinare rappresenta pertanto il modello assistenziale di riferimento per garantire una presa in carico globale e personalizzata del paziente affetto da IBD e malattie reumatologiche.

Valutazione obiettivi terapeutici ed attività di malattia in IBD

La gestione delle malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD), comprendenti la Malattia di Crohn e la Colite ulcerosa, si è progressivamente evoluta verso un approccio basato sul raggiungimento di obiettivi terapeutici definiti e misurabili. Il concetto di treat-to-target ha introdotto una strategia finalizzata non solo al controllo dei sintomi, ma anche alla prevenzione del danno intestinale e delle complicanze a lungo termine attraverso il monitoraggio sistematico dell'attività di malattia. La valutazione dell'attività di malattia richiede l'integrazione di parametri clinici, biochimici, endoscopici e, ove necessario, radiologici e istologici. Gli indici clinici tradizionali, pur mantenendo un ruolo nella pratica quotidiana, presentano limiti nella capacità di riflettere accuratamente il grado di infiammazione intestinale. Biomarcatori come la proteina C-reattiva e la calprotectina fecale rappresentano strumenti utili per il monitoraggio non invasivo, mentre la guarigione mucosale, documentata mediante endoscopia, costituisce uno degli obiettivi terapeutici principali associati a migliori esiti clinici. Le più recenti raccomandazioni internazionali promuovono una valutazione multidimensionale della malattia, orientata al raggiungimento della remissione clinica e biologica, della guarigione endoscopica e, in specifici contesti, della remissione istologica. Il monitoraggio regolare e la rivalutazione periodica degli obiettivi consentono un adeguamento tempestivo delle strategie terapeutiche, favorendo una gestione personalizzata del paziente.

Valutazione obiettivi terapeutici ed attività di malattia in reumatologia

Negli ultimi anni la gestione delle malattie reumatologiche infiammatorie croniche ha subito una profonda evoluzione grazie all'introduzione del paradigma treat-to-target, basato sulla definizione di obiettivi terapeutici chiari e sul monitoraggio strutturato dell'attività di malattia. In patologie quali Artrite reumatoide, Spondiloartrite assiale e Artrite psoriasica, il raggiungimento della remissione clinica o della bassa attività di malattia rappresenta l'obiettivo principale per prevenire il danno strutturale, preservare la funzione articolare e migliorare la qualità di vita del paziente.

La valutazione dell'attività di malattia richiede un approccio multidimensionale che integri dati clinici, laboratoristici e strumentali. L'impiego di indici validati consente una misurazione standardizzata dell'infiammazione e della risposta terapeutica, favorendo decisioni cliniche tempestive e appropriate. Parallelamente, biomarcatori infiammatori, tecniche di imaging quali ecografia articolare e risonanza magnetica, nonché strumenti di valutazione riferiti dal paziente (patient-reported outcomes), contribuiscono a una caratterizzazione più completa dello stato di malattia. L'approccio orientato agli obiettivi prevede rivalutazioni periodiche e un adattamento dinamico della terapia in funzione dei risultati ottenuti. Tale strategia consente di identificare precocemente la persistenza di attività infiammatoria subclinica, riducendo il rischio di progressione

della malattia, disabilità e comorbidità associate. Inoltre, il coinvolgimento attivo del paziente nella definizione degli obiettivi terapeutici favorisce una maggiore aderenza ai trattamenti e una migliore soddisfazione rispetto al percorso di cura.

Ipotesi ed esercitazione di valutazione unitaria

La crescente complessità dei pazienti affetti da patologie infiammatorie croniche, in particolare nelle aree della gastroenterologia e della reumatologia, rende necessario lo sviluppo di modelli di valutazione integrata capaci di superare i tradizionali approcci specialistici settoriali. La valutazione unitaria rappresenta uno strumento finalizzato a raccogliere e interpretare in modo coordinato informazioni cliniche, laboratoristiche, strumentali e riferite dal paziente, con l'obiettivo di ottenere una visione complessiva dello stato di salute e dell'attività di malattia.

L'ipotesi di lavoro si basa sulla costruzione di un percorso condiviso tra specialisti, fondato sull'identificazione di parametri comuni e di indicatori clinicamente significativi per la definizione degli obiettivi terapeutici. Attraverso l'utilizzo di casi clinici e simulazioni pratiche, l'esercitazione di valutazione unitaria consente di applicare metodologie standardizzate di raccolta dati, interpretazione multidimensionale e definizione di strategie terapeutiche integrate.

L'attività formativa mira a favorire il confronto interdisciplinare, migliorare la capacità di individuare precocemente segnali di attività di malattia e promuovere processi decisionali condivisi. Particolare attenzione viene dedicata all'armonizzazione degli strumenti di monitoraggio, alla definizione di target comuni e all'integrazione della prospettiva del paziente nel percorso assistenziale.

L'adozione di modelli di valutazione unitaria può contribuire a una maggiore appropriatezza clinica, a una migliore coordinazione delle cure e a un'ottimizzazione degli esiti di salute. L'esercitazione rappresenta pertanto un'opportunità per tradurre i principi della multidisciplinarietà in strumenti operativi applicabili alla pratica clinica quotidiana, favorendo una gestione più efficace e personalizzata del paziente complesso.

Presentazione esperienze cliniche real life dai centri coinvolti

Le evidenze derivanti dagli studi clinici controllati rappresentano il fondamento delle decisioni terapeutiche nelle malattie infiammatorie croniche immunomediate; tuttavia, i dati provenienti dalla pratica clinica quotidiana (real-world evidence) rivestono un ruolo sempre più rilevante nel comprendere l'efficacia, la sicurezza e la sostenibilità dei trattamenti in popolazioni di pazienti eterogenee e spesso sottorappresentate nei trial regolatori. In questo contesto, la collaborazione tra gastroenterologi e reumatologi assume particolare importanza nella gestione dei pazienti affetti da patologie caratterizzate da meccanismi patogenetici condivisi e frequenti manifestazioni multisistemiche. Le esperienze cliniche real life consentono di valutare l'impatto delle strategie terapeutiche in condizioni assistenziali reali, analizzando aspetti quali il mantenimento della risposta nel tempo, la persistenza al trattamento, la gestione delle comorbidità, l'aderenza terapeutica e la qualità di vita. Inoltre, offrono l'opportunità di approfondire il percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti con interessamento concomitante intestinale e muscoloscheletrico, evidenziando il valore aggiunto di un approccio multidisciplinare. La discussione di casi clinici e di esperienze maturate nella pratica quotidiana favorisce il confronto tra specialisti, consentendo di identificare criticità, condividere soluzioni operative e valorizzare modelli organizzativi efficaci. Particolare attenzione viene posta alla selezione e all'ottimizzazione delle terapie avanzate, alla gestione delle manifestazioni extraintestinali e alla definizione di percorsi assistenziali integrati. L'analisi delle esperienze real life rappresenta uno strumento essenziale per integrare le evidenze scientifiche con la pratica clinica, contribuendo a una medicina sempre più personalizzata e orientata ai bisogni del paziente. Il dialogo continuo tra reumatologia e gastroenterologia costituisce un elemento chiave per migliorare gli esiti clinici e promuovere una presa in carico globale delle malattie infiammatorie croniche.

9 casi clinici dai centri coinvolti

CASO 1 Paziente affetto da IBD e complicanze

paziente M 35 anni

giunge all'attenzione dell'ambulatorio reumatologico per la comparsa progressiva, negli ultimi sei mesi, di lombalgia infiammatoria associata a rigidità mattutina della durata di circa un'ora e dolore a livello delle articolazioni delle ginocchia e delle caviglie. I sintomi tendono a migliorare con il movimento e a peggiorare durante il riposo notturno.

Dall'anamnesi emerge una diagnosi di Malattia di Crohn posta all'età di 28 anni, in seguito a episodi ricorrenti di diarrea cronica, dolore addominale e perdita di peso. La malattia intestinale aveva mostrato un andamento caratterizzato da periodi di remissione alternati a riacutizzazioni, trattate inizialmente con corticosteroidi e successivamente con terapia immunomodulante.

Negli ultimi mesi il paziente riferisce inoltre una lieve riattivazione della sintomatologia intestinale, con aumento della frequenza delle scariche e comparsa occasionale di sangue nelle feci. Nega episodi di uveite, psoriasi o altre manifestazioni extraintestinali note.

All'esame obiettivo si evidenzia dolorabilità alla palpazione delle articolazioni sacroiliache, limitazione della mobilità del rachide lombare e tumefazione moderata del ginocchio destro. Gli indici infiammatori risultano aumentati, con incremento della PCR e della VES. La ricerca dell'antigene HLA-B27 risulta positiva.

L'indagine mediante risonanza magnetica delle articolazioni sacroiliache documenta la presenza di edema osseo subcondrale compatibile con sacroileite attiva bilaterale. L'ecografia articolare del ginocchio destro evidenzia versamento articolare e sinovite.

Alla luce del quadro clinico, laboratoristico e strumentale viene posta diagnosi di spondiloartrite associata a malattia infiammatoria intestinale, una delle più frequenti manifestazioni extraintestinali delle IBD. La correlazione temporale tra la riattivazione della malattia intestinale e il peggioramento dell'artrite periferica suggerisce una stretta associazione tra l'attività delle due patologie.

Dopo discussione multidisciplinare tra gastroenterologo e reumatologo, viene impostata terapia biologica con Infliximab, scelta per la sua efficacia sia sul controllo della malattia intestinale sia sulle manifestazioni articolari. Viene inoltre raccomandato un programma di fisioterapia finalizzato al mantenimento della mobilità vertebrale e della funzionalità articolare.

Ai controlli effettuati dopo 6 mesi di trattamento si osserva una significativa riduzione della sintomatologia lombare, remissione dell'artrite periferica e miglioramento degli indici di attività intestinale. Gli esami ematochimici mostrano normalizzazione degli indici infiammatori e il paziente riferisce un netto miglioramento della qualità di vita.

Conclusioni: il caso evidenzia l'importanza di riconoscere precocemente le manifestazioni reumatologiche nei pazienti affetti da IBD e sottolinea il valore di un approccio multidisciplinare nella gestione delle manifestazioni extraintestinali, al fine di ottimizzare il controllo della malattia e prevenire danni funzionali a lungo termine.

CASO 2 Infiammazione sistemica e reumatologica: cosa fare?

Paziente Donna 42 anni

si presenta all'ambulatorio di reumatologia per dolore e tumefazione a carico delle articolazioni delle mani, delle caviglie e del ginocchio sinistro, comparsi progressivamente negli ultimi tre mesi. Riferisce inoltre marcata stanchezza, rigidità articolare mattutina della durata di circa 45 minuti e difficoltà nello svolgimento delle normali attività quotidiane.

Dall'anamnesi patologica emerge una diagnosi di Colite ulcerosa formulata circa dieci anni prima. La paziente è seguita regolarmente presso l'ambulatorio di gastroenterologia e assume terapia di mantenimento con mesalazina. Negli ultimi quattro mesi ha manifestato una riacutizzazione della

malattia intestinale caratterizzata da diarrea con presenza di muco e sangue, urgenza evacuativa e dolori addominali crampiformi.

All'esame obiettivo si rileva tumefazione e dolorabilità delle articolazioni metacarpofalangee di entrambe le mani, versamento articolare del ginocchio sinistro e modesto edema delle caviglie. Non sono presenti deformità articolari né segni clinici suggestivi di artrite erosiva.

Gli esami ematochimici mostrano anemia lieve da malattia cronica, aumento della PCR e della VES e negatività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti-CCP. Gli esami radiografici delle mani non evidenziano erosioni ossee. L'ecografia articolare documenta una sinovite attiva a livello delle articolazioni coinvolte.

Considerando la storia di malattia infiammatoria intestinale e la concomitante riacutizzazione intestinale, il quadro viene interpretato come artrite periferica associata a IBD. In particolare, la distribuzione asimmetrica e il coinvolgimento di articolazioni di grandi e piccole dimensioni risultano compatibili con una manifestazione extraintestinale della colite ulcerosa.

La paziente viene valutata congiuntamente dal gastroenterologo e dal reumatologo. Dopo rivalutazione dell'attività della malattia intestinale mediante colonscopia e biomarcatori fecali, si decide di intensificare il trattamento introducendo Adalimumab. Vengono inoltre prescritti esercizi di mobilizzazione articolare e un programma personalizzato di attività fisica a basso impatto.

Nei mesi successivi si osserva una progressiva riduzione del numero di scariche giornaliere, scomparsa del sanguinamento rettale e netto miglioramento della sintomatologia articolare. Al controllo dopo otto mesi la paziente presenta remissione clinica della malattia intestinale e assenza di segni di artrite attiva, con normalizzazione degli indici infiammatori.

Questo caso evidenzia come le manifestazioni articolari rappresentino una delle più frequenti complicanze extraintestinali delle IBD e come il controllo efficace dell'infiammazione sistemica possa determinare un miglioramento simultaneo sia della sintomatologia intestinale sia di quella reumatologica. Un approccio multidisciplinare rimane fondamentale per una gestione ottimale del paziente.

CASO 3 Come impostare una terapia efficace in team

Paziente M 29 anni

si presenta all'ambulatorio reumatologico riferendo dolore lombare cronico presente da circa due anni. Il dolore è insorto gradualmente, è più intenso durante la notte e nelle prime ore del mattino ed è associato a rigidità mattutina superiore a un'ora. Il paziente riferisce miglioramento con l'attività fisica e scarso beneficio con il riposo.

All'esame obiettivo si riscontra una limitazione della flessione del rachide lombare e dolorabilità delle articolazioni sacroiliache. Gli esami ematici evidenziano un aumento degli indici infiammatori, mentre la ricerca dell'HLA-B27 risulta positiva. La risonanza magnetica delle sacroiliache mostra segni di sacroileite bilaterale attiva, consentendo la diagnosi di Spondiloartrite assiale.

Il paziente inizia terapia con farmaci antinfiammatori non steroidei ottenendo un miglioramento parziale della sintomatologia. Durante il follow-up, tuttavia, riferisce la comparsa di episodi ricorrenti di diarrea, dolore addominale e perdita di circa 6 kg nell'arco di alcuni mesi. Per tale motivo viene inviato a valutazione gastroenterologica.

Gli accertamenti mostrano un aumento della calprotectina fecale e alterazioni infiammatorie all'ileo colonscopia. Le biopsie confermano la diagnosi di Malattia di Crohn con interessamento ileale. La rivalutazione multidisciplinare evidenzia come il quadro reumatologico e quello gastroenterologico siano espressione di una comune patogenesi infiammatoria. Si decide pertanto di modificare l'approccio terapeutico introducendo Ustekinumab, ritenuto appropriato per il trattamento di entrambe le manifestazioni cliniche.

Nei successivi 12 mesi il paziente mostra un progressivo miglioramento del dolore lombare e della rigidità mattutina. Parallelamente si osserva una riduzione della sintomatologia intestinale, con normalizzazione della frequenza delle evacuazioni e recupero del peso corporeo. Gli esami di laboratorio documentano una significativa riduzione degli indici di infiammazione e la calprotectina fecale rientra nei limiti di normalità.

Questo caso sottolinea come le manifestazioni reumatologiche possano precedere di anni l'esordio clinico della malattia intestinale e come, nei pazienti affetti da spondiloartrite, la comparsa di sintomi gastrointestinali debba sempre indurre a escludere una IBD associata. La collaborazione tra reumatologo e gastroenterologo risulta essenziale per una diagnosi tempestiva e per l'impostazione di una terapia efficace

CASO 4 team multidisciplinare gastroenterologico e reumatologico per un caso difficile

Paziente donna 38 anni

giunge all'attenzione del team multidisciplinare gastroenterologico e reumatologico per il progressivo peggioramento di una sintomatologia articolare associata a riacutizzazione della malattia intestinale. La paziente è affetta da Malattia di Crohn dall'età di 24 anni, con localizzazione ileocolica e decorso caratterizzato da frequenti riacutizzazioni, ricoveri ospedalieri e necessità di resezione ileale all'età di 31 anni per stenosi fibro-infiammatoria.

Negli anni successivi ha assunto diverse linee terapeutiche, tra cui corticosteroidi sistemici, immunosoppressori e farmaci biologici, con risposte cliniche parziali e perdita secondaria di efficacia nel tempo. Negli ultimi dodici mesi riferisce diarrea persistente (8-10 scariche al giorno), dolore addominale, perdita di peso di circa 12 kg e marcata astenia.

Parallelamente compaiono manifestazioni extraintestinali sempre più invalidanti. La paziente lamenta dolore e tumefazione intermittente delle ginocchia, delle caviglie e dei polsi, accompagnati da rigidità mattutina prolungata. Riferisce inoltre dolore lombare infiammatorio con risvegli notturni frequenti e limitazione funzionale nelle attività quotidiane. Negli ultimi due anni ha presentato tre episodi di uveite anteriore trattati con terapia oftalmologica specialistica.

All'esame obiettivo si evidenziano pallore cutaneo-mucoso, dolorabilità diffusa in sede addominale, tumefazione del ginocchio sinistro e della caviglia destra, ridotta escursione del rachide lombare e dolorabilità alla digitopressione delle articolazioni sacroiliache. È presente inoltre dolorabilità inserzionale a livello del tendine d'Achille bilateralmente, suggestiva di entesite.

Gli esami di laboratorio mostrano anemia sideropenica severa, ipoalbuminemia, aumento significativo di PCR e VES e carenza di vitamina B12. La calprotectina fecale risulta marcatamente elevata. La colonscopia documenta ulcerazioni profonde dell'ileo terminale e del colon destro con attività infiammatoria severa. La risonanza magnetica enterografica evidenzia ispessimento parietale intestinale e segni di attività transmurale senza raccolte ascessuali.

Dal punto di vista reumatologico, l'ecografia articolare conferma sinovite attiva del ginocchio e della caviglia, mentre la risonanza magnetica delle sacroiliache evidenzia sacroileite bilaterale attiva. Il quadro complessivo risulta compatibile con una Spondiloartrite associata a malattia infiammatoria intestinale con interessamento sia assiale sia periferico.

Il caso viene discusso in riunione multidisciplinare coinvolgendo gastroenterologi, reumatologi, radiologi, nutrizionisti e oftalmologi. Considerata l'elevata attività di malattia, la presenza di manifestazioni extraintestinali multiple e il fallimento di precedenti strategie terapeutiche, viene avviato un nuovo trattamento biologico associato a supporto nutrizionale intensivo, supplementazione vitaminica e programma riabilitativo personalizzato.

Dopo un anno di trattamento, la paziente raggiunge una remissione clinica quasi completa, con netto miglioramento degli indici infiammatori, recupero dello stato nutrizionale e significativa ripresa dell'autonomia funzionale. Rimane tuttavia in stretto monitoraggio specialistico per l'elevato rischio di recidiva e per la complessità del quadro clinico

CASO 5 Caso clinico complesso: Colite ulcerosa, artrite periferica refrattaria e vasculite cutanea

Paziente donna 56 anni

viene ricoverata presso il reparto di Medicina Interna per peggioramento delle condizioni generali, comparsa di lesioni cutanee dolorose agli arti inferiori e riacutizzazione di una sintomatologia articolare presente da diversi mesi. La paziente è affetta da Colite ulcerosa da circa 15 anni, con estensione pancolica e decorso caratterizzato da periodi di remissione alternati a frequenti riacutizzazioni.

Negli ultimi 6 mesi riferisce diarrea ematica fino a 8-10 scariche al giorno, dolore addominale diffuso, perdita di peso di circa 10 kg e marcata astenia. Contestualmente lamenta dolore e tumefazione a carico di ginocchia, caviglie, polsi e gomiti, con significativa limitazione funzionale. Nelle settimane precedenti al ricovero sono inoltre comparse lesioni cutanee purpuriche e nodulari agli arti inferiori associate a dolore urente e febbre serale.

All'ingresso la paziente appare defedata e pallida. L'esame obiettivo evidenzia addome trattabile ma dolente alla palpazione del quadrante inferiore sinistro, tumefazione bilaterale delle ginocchia e delle caviglie, versamento articolare del ginocchio destro e multiple lesioni purpuriche palpabili localizzate alle gambe. La temperatura corporea è di 38 °C.

Gli esami ematochimici mostrano anemia severa, leucocitosi, piastrinosi reattiva, elevati valori di PCR e VES, ipoalbuminemia e sideropenia. Vengono eseguite emocolture e screening infettivologico che risultano negativi. La colonscopia documenta un'attività severa della colite con ulcerazioni diffuse, friabilità mucosa e sanguinamento spontaneo.

La valutazione reumatologica evidenzia una poliartrite infiammatoria sieronegativa associata a malattia intestinale. L'ecografia articolare conferma la presenza di sinovite attiva e versamento in più sedi. La biopsia di una lesione cutanea mostra un quadro compatibile con vasculite leucocitoclastica, interpretata come manifestazione extraintestinale della malattia infiammatoria intestinale.

Durante il ricovero il quadro clinico si complica ulteriormente con la comparsa di un episodio di Trombosi venosa profonda dell'arto inferiore sinistro, documentata mediante ecocolordoppler. Tale evento viene attribuito allo stato protrombotico associato all'elevata attività infiammatoria sistemica.

La gestione della paziente richiede un approccio multidisciplinare che coinvolge gastroenterologo, reumatologo, dermatologo, ematologo e internista. Viene avviata terapia con corticosteroidi per via endovenosa, anticoagulazione e successiva introduzione di trattamento biologico mirato. Contestualmente vengono corrette l'anemia e le carenze nutrizionali mediante terapia marziale e supporto nutrizionale specialistico.

Nel corso delle settimane successive si osserva una progressiva riduzione della diarrea e del sanguinamento rettale, accompagnata da miglioramento della sintomatologia articolare. Le lesioni cutanee tendono a risolversi gradualmente fino alla completa remissione. Dopo tre mesi di follow-up la paziente presenta una significativa riduzione degli indici infiammatori, recupero ponderale e miglioramento della capacità funzionale.

A distanza di un anno permane in remissione clinica intestinale, senza nuove manifestazioni vasculitiche e con modesta artralgia residua controllata dalla terapia di mantenimento.

Aspetti di interesse clinico

Questo caso evidenzia una forma particolarmente complessa di IBD caratterizzata dalla contemporanea presenza di:

- attività intestinale severa;
- poliartrite periferica associata a IBD;
- vasculite cutanea come manifestazione extraintestinale rara;
- evento tromboembolico venoso correlato allo stato infiammatorio sistemico;
- anemia e malnutrizione secondarie alla malattia cronica.

La gestione di tali pazienti richiede un monitoraggio continuo e una stretta collaborazione multidisciplinare, poiché le manifestazioni extraintestinali possono talvolta risultare più invalidanti della stessa malattia intestinale e influenzare significativamente prognosi e qualità di vita.

CASO 6 Caso clinico complesso: IBD refrattaria con manifestazioni reumatologiche, oculari e neurologiche

Paziente Uomo 41 anni

viene valutato in urgenza per peggioramento progressivo delle condizioni generali, dolore addominale severo e comparsa di deficit sensitivi agli arti inferiori. Il paziente è affetto da Malattia di Crohn dall'età di 30 anni, con interessamento ileocolico e decorso complicato da più riacutizzazioni e necessità di terapia biologica intermittente per perdita di risposta.

Negli ultimi 8 mesi riferisce un importante peggioramento del quadro intestinale con diarrea cronica fino a 12 scariche al giorno, talvolta ematiche, dolore addominale continuo e perdita di circa 15 kg di peso. Contestualmente compaiono dolore lombare infiammatorio, rigidità mattutina prolungata e dolore alle anche e alle caviglie, con progressiva riduzione della capacità di deambulazione.

Nello stesso periodo si verificano episodi ricorrenti di dolore oculare, fotofobia e calo visivo, diagnosticati come uveite anteriore bilaterale. Il paziente riferisce inoltre comparsa recente di parestesie agli arti inferiori, sensazione di debolezza e instabilità nella marcia.

All'esame obiettivo si evidenzia stato di grave deperimento nutrizionale, addome dolente diffusamente, ridotta mobilità del rachide lombare, dolore alla pressione delle sacroiliache e deficit della sensibilità vibratoria distale agli arti inferiori. Sono presenti inoltre segni di sinovite alle caviglie e agli avampiedi.

Gli esami ematochimici mostrano anemia severa, marcata ipoalbuminemia, elevati indici infiammatori e deficit di vitamina B12. La calprotectina fecale risulta estremamente elevata. La risonanza magnetica enterografica evidenzia esteso coinvolgimento infiammatorio dell'ileo con ulcere profonde e ispessimento trasmurale.

La risonanza magnetica delle sacroiliache conferma una Spondiloartrite assiale attiva, mentre l'ecografia articolare documenta sinovite periferica. La visita neurologica e gli studi elettrofisiologici evidenziano una neuropatia periferica sensitivo-motoria verosimilmente secondaria a carenze nutrizionali (in particolare vitamina B12) e stato infiammatorio cronico.

La valutazione oculistica conferma uveite anteriore attiva recidivante. Nel complesso il quadro viene interpretato come malattia di Crohn severa con multiple manifestazioni extraintestinali: reumatologiche (spondiloartrite assiale e artrite periferica), oculari (uveite) e neurologiche (neuropatia carenziale/infiammatoria).

Il caso viene discusso in ambito multidisciplinare. Si decide di avviare terapia intensiva con nutrizione di supporto, supplementazione vitaminica (in particolare vitamina B12 per via parenterale), corticosteroidi sistemici per il controllo dell'attività acuta e successiva riconsiderazione del trattamento biologico con strategia di "switch" terapeutico.

Nei mesi successivi si osserva una progressiva riduzione della diarrea e del dolore addominale, con miglioramento dello stato nutrizionale e recupero ponderale. La sintomatologia articolare e lombare regredisce parzialmente, mentre gli episodi di uveite diventano meno frequenti sotto terapia combinata gastroenterologica e oftalmologica. La sintomatologia neurologica migliora lentamente con la correzione del deficit vitaminico.

Dopo un anno di follow-up il paziente raggiunge una remissione clinica intestinale parziale e un significativo miglioramento delle manifestazioni extraintestinali, pur necessitando di monitoraggio stretto per l'elevata complessità del quadro.

Questo caso rappresenta una forma severa e sistemica di IBD con coinvolgimento multiorgano:

- attività intestinale refrattaria
- spondiloartrite associata a IBD
- uveite recidivante
- neuropatia periferica da deficit nutrizionali e infiammazione cronica
- grave malnutrizione e deficit vitaminici

CASO 7 Caso clinico complesso: IBD con overlap reumatologico, epatobiliare e infezioni opportunistiche

Donna di 33 anni viene ricoverata per febbre persistente, dolore addominale e marcata astenia. È affetta da Malattia di Crohn dall'età di 22 anni, con interessamento ileocolico e decorso complicato da multiple riacutizzazioni, trattate negli anni con corticosteroidi, immunosoppressori e terapia biologica anti-TNF, poi sospesa per inefficacia secondaria.

Negli ultimi sei mesi la paziente riferisce peggioramento della sintomatologia intestinale con diarrea cronica, dolore addominale e perdita di peso progressiva. Contestualmente compaiono artralgie diffuse con interessamento di ginocchia, polsi e caviglie, rigidità mattutina e dolore lombare infiammatorio. Riferisce inoltre episodi di dolore al quadrante superiore destro e prurito diffuso.

Negli ultimi trenta giorni compaiono febbricola quotidiana, sudorazioni notturne e progressivo peggioramento delle condizioni generali. Per tale motivo viene ricoverata per approfondimento diagnostico.

All'esame obiettivo si evidenzia paziente febbrile, defedata, con dolore addominale diffuso e dolorabilità accentuata in fossa iliaca destra e ipocondrio destro. Sono presenti tumefazioni articolari alle caviglie e ai polsi, con limitazione funzionale. Si osserva inoltre lieve ittero sclero-cutaneo.

Gli esami ematochimici mostrano anemia, leucocitosi, aumento marcato di PCR e VES, alterazione degli indici di colestasi (FA e γGT elevate) e lieve incremento delle transaminasi. La calprotectina fecale risulta elevata. Le emocolture iniziali sono negative.

La colonscopia evidenzia riattivazione moderata-severa della malattia di Crohn. La risonanza magnetica addominale documenta ispessimento ileale e sospetta stenosi infiammatoria. L'ecografia epatica e la colangio-RM mostrano alterazioni compatibili con Colangite sclerosante primitiva.

Dal punto di vista reumatologico si conferma una spondiloartrite periferica con sinovite attiva, mentre la valutazione dermatologica evidenzia assenza di lesioni psoriasiformi. In considerazione della febbre persistente viene ampliato lo screening infettivologico.

La TC torace-addome evidenzia la presenza di multiple opacità polmonari nodulari bilaterali. Le emocolture ripetute risultano positive per un patogeno opportunistico in corso di immunosoppressione cronica. Il quadro viene interpretato come infezione opportunistica sovrapposta a immunodepressione iatrogena in paziente con IBD attiva.

La gestione clinica richiede la sospensione temporanea della terapia immunosoppressiva, introduzione di terapia antibiotica mirata, supporto nutrizionale e successiva rivalutazione del trattamento della malattia di Crohn. Viene inoltre impostato un follow-up con epatologia per la gestione della colangite sclerosante.

Dopo il controllo dell'infezione, si decide di reimpostare terapia biologica con strategia alternativa e monitoraggio stretto multidisciplinare.

Nei mesi successivi la paziente presenta un miglioramento progressivo della sintomatologia intestinale e articolare, stabilizzazione degli indici epatici e assenza di nuove infezioni opportunistiche.

Punti chiave del caso

- IBD (Crohn) attiva e refrattaria
- Spondiloartrite periferica associata a IBD
- Colangite sclerosante primitiva
- infezione opportunistica in immunosoppressione
- gestione complessa multidisciplinare (gastroenterologia, reumatologia, epatologia, infettivologia)

CASO 8 Caso clinico complesso: IBD con complicanze post-chirurgiche e interessamento reumatologico severo

Uomo di 47 anni si presenta in pronto soccorso per dolore addominale intenso, febbre e peggioramento della diarrea. Il paziente è affetto da Malattia di Crohn dall'età di 25 anni, con localizzazione ileocolica complicata da stenosi multiple e due interventi chirurgici di resezione ileale negli ultimi dieci anni.

Negli ultimi mesi riferisce riacutizzazione della sintomatologia intestinale con aumento della frequenza delle scariche (fino a 10/die), presenza di muco e talvolta sangue, dolore addominale continuo e calo ponderale progressivo. Riferisce inoltre dolore articolare diffuso con particolare interessamento di ginocchia, caviglie e rachide lombare, associato a rigidità mattutina prolungata e ridotta capacità deambulatoria.

Negli ultimi 10 giorni compare febbre fino a 38.5°C, peggioramento del dolore addominale e comparsa di tumefazione dolorosa in fossa iliaca destra.

All'esame obiettivo il paziente appare febbrile, tachicardico e disidratato. L'addome è trattabile ma dolente diffusamente, con segni di difesa in fossa iliaca destra. Si rileva inoltre versamento al ginocchio destro e dolore alla mobilizzazione delle sacroiliache.

Gli esami ematochimici mostrano leucocitosi neutrofila, elevazione importante di PCR e VES, anemia sideropenica e ipoalbuminemia. La calprotectina fecale è marcatamente elevata.

La TC addome con contrasto evidenzia un tratto ileale ispessito con raccolta fluida compatibile con ascesso intra-addominale e segni di flogosi estesa. Viene posta diagnosi di riacutizzazione severa di Malattia di Crohn complicata da ascesso.

Il paziente viene sottoposto a drenaggio percutaneo della raccolta e avviato a terapia antibiotica ad ampio spettro. La terapia immunosoppressiva viene temporaneamente sospesa.

Durante il ricovero si approfondisce il quadro reumatologico: la risonanza delle sacroiliache documenta una spondiloartrite assiale attiva, mentre l'ecografia articolare conferma sinovite periferica. Il quadro viene interpretato come spondiloartrite associata a IBD, con marcata correlazione con l'attività intestinale.

Dopo stabilizzazione clinica e risoluzione dell'ascesso, il paziente viene rivalutato per terapia di mantenimento. Considerata la storia di fallimento terapeutico e le complicanze chirurgiche, si decide di iniziare un trattamento biologico con cambio di classe farmacologica e stretto monitoraggio infettivologico.

Nei mesi successivi si osserva progressivo miglioramento del quadro intestinale, riduzione della sintomatologia articolare e recupero ponderale. Non si verificano ulteriori complicanze settiche.

Elementi chiave del caso

- Malattia di Crohn complicata da interventi chirurgici multipli
- Riacutizzazione severa con ascesso intra-addominale
- Spondiloartrite assiale e artrite periferica associata a IBD
- Gestione chirurgica + antibiotica + rivalutazione biologica
- Importanza del timing nella reintroduzione dell'immunosoppressione

CASO 9 Caso clinico complesso: IBD, sindrome da overlap autoimmune e complicanze tromboemboliche

Paziente donna 29 anni

viene ricoverata per dolore addominale importante, diarrea ematica e febbre intermittente da circa due settimane. È affetta da Colite ulcerosa diagnosticata a 20 anni, con decorso inizialmente lieve, ma progressivamente complicato da riacutizzazioni frequenti e necessità di terapia immunosoppressiva continuativa. Negli ultimi 3 mesi la paziente riferisce peggioramento dei sintomi intestinali con fino a 12 scariche al giorno, sangue e muco nelle feci, urgenza evacuativa e dolori crampiformi addominali. Riferisce inoltre artralgie migranti a carico di ginocchia, polsi e caviglie, associate a rigidità mattutina e tumefazione episodica delle articolazioni.

Negli ultimi 10 giorni compaiono febbre, astenia marcata e dolore toracico pleuritico al lato destro. All'ingresso la paziente appare pallida, tachicardica e defedata. L'addome è dolente diffusamente con maggiore intensità al quadrante inferiore sinistro. Si evidenzia inoltre tumefazione delle caviglie e dolorabilità diffusa alle articolazioni metacarpofalangee.

Gli esami ematochimici mostrano anemia sideropenica, leucocitosi, PCR e VES marcatamente elevate e ipoalbuminemia. La calprotectina fecale è significativamente aumentata.

La colonscopia documenta pancolite attiva severa con ulcerazioni estese e sanguinamento spontaneo. La biopsia conferma attività infiammatoria intensa senza segni di displasia.

Durante il ricovero, a seguito della comparsa di dispnea e dolore toracico, viene eseguita una angio-TC che evidenzia una Embolia polmonare segmentaria. L'ecodoppler degli arti inferiori documenta una trombosi venosa profonda della vena poplitea.

Nel frattempo, la valutazione reumatologica conferma una artrite periferica associata a IBD, con sinovite attiva documentata ecograficamente.

In fase di approfondimento immunologico emergono inoltre positività per anticorpi anti-nucleo a basso titolo e riduzione del complemento, quadro interpretato come possibile sindrome da overlap autoimmune in contesto infiammatorio cronico.

La gestione richiede un approccio multidisciplinare urgente: si avvia anticoagulazione terapeutica per embolia polmonare, terapia corticosteroidica endovenosa per la riacutizzazione della colite ulcerosa e successiva pianificazione di terapia biologica. Viene inoltre attivato supporto nutrizionale e monitoraggio intensivo. Nei giorni successivi si osserva progressivo miglioramento clinico con riduzione della diarrea, stabilizzazione emodinamica e risoluzione della sintomatologia toracica. Nei mesi successivi la paziente raggiunge una remissione clinica intestinale e articolare sotto terapia di mantenimento, senza recidive tromboemboliche.

Punti chiave del caso

- Colite ulcerosa severa in fase attiva
- Artrite periferica associata a IBD
- Embolia polmonare e TVP in stato infiammatorio
- possibile sindrome autoimmune overlap (ANA+, consumo del complemento)
- necessità di gestione integrata gastroenterologica, reumatologica ed ematologica

Verifica questionario ECM e fine lavori

Conclusioni della giornata e questionario di apprendimento ecm

Genova, 17 giugno 2026

REALTIME MEETING SRL
unipersonale



Michele Savarino