

# CLINICA SAN CARLO



## PUBBLICAZIONI pag. 2-7

**OMALIZUMAB TREATMENT IN PATIENT WITH SEVERE CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA: CONSIDERAZIONI FROM REAL-LIFE EXPERIENCE IN ITALY**

**Dott. Riccardo Asero**

Responsabile: Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

**DISTINCT LIPID TRANSFER PROTEINS DISPLAY DIFFERENT IGE-BINDING ACTIVITIES THAT ARE AFFECTED BY FATTY ACID BINDING**

**Dott. Riccardo Asero**

Responsabile: Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

**PREDICTORS OF RESPONSE TO OMALIZUMAB AND RELAPSE IN CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA: A STUDY OF 470 PATIENTS**

**Dott. Riccardo Asero**

Responsabile: Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

**EVIDENCE OF CROSS-REACTIVITY BETWEEN DIFFERENT SEED STORAGE PROTEINS FROM HAZELNUT (CORYLUS AVELLANA) AND WALNUT (JUGLANS REGIA) USING RECOMBINANT ALLERGEN PROTEINS**

**Dott. Riccardo Asero**

Responsabile: Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

**DIFFERENZE DI GENERE ED EMICRANIA: ASPETTI SOCIO-ECONOMICI.**

**Dott.ssa Maria Clara Tonini**

Responsabile Centro per la Diagnosi e cura delle Cefalee  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

## ECCELLENZE IN ONCOLOGIA ALLA CLINICA SAN CARLO pag .8-9

**ABBIAMO CHIESTO AI NOSTRI PRIMARI DI DESCRIVERCI QUALI SIANO LE FORME DI TUMORE MALIGNO PIÙ FREQUENTEMENTE TRATTATE PRESSO LA NOSTRA CLINICA.**

### IL MELANOMA

**Dott. Giacomo Pozzi** - Responsabile Ambulatorio di Dermatologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

**Dott. Luigi Castelli** - Responsabile U.O. di Chirurgia Generale  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

**Dott. Roberto Buzzoni** - Responsabile U.O. di Oncologia Medica  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano

### I TUMORI DELLA MAMMELLA

**Dr.ssa Paola Mariani**

Coordinatore del Gruppo multidisciplinare di Senologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo - Paderno Dugnano

## LE INFEZIONI OSPEDALIERE pag. 10

**ENTERITE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE:**

**Brevi Consigli e Considerazioni**

**Dot. Alberto Volonterio** - Infettivologo

Clinica Polispecialistica San Carlo - Paderno Dugnano

## INNOVAZIONI IN CLINICA pag .11-14

**DUE NUOVE METODICHE DI CURA ALLA CARDIOLOGIA DELLA SAN CARLO: REDUCER PER LA CURA DELL'ANGINA REFRAATTARIA E IMPELLA PER IL TRATTAMENTO DELLO SHOCK CARDIOGENO E NELLE ANGIOPLASTICHE AD ALTO RISCHIO.**

**Dott. Bernardo Cortese**

Responsabile U.O. di Cardiologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo - Paderno Dugnano

## EVENTI E CORSI pag. 15-16

**5 OTTOBRE 2019 LE RINITI ALLERGICHE: I punto di vista dell'Allergologo e dell'Otorinolaringoiatra**

**12 OTTOBRE 2019 LE NEOPLASIE GASTROENTERICHE: Quali le Novità?**

## DALLE ASSOCIAZIONI pag. 17

**AISA SEZIONE LOMBARDIA**

## OMALIZUMAB TREATMENT IN PATIENTS WITH SEVERE CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA: CONSIDERATION FROM REAL-LIFE EXPERIENCE IN ITALY.

Asero R. ; J Dermatolog Treat. 2018 Dec 7:1-5. PubMed

L'orticaria cronica è una condizione clinica caratterizzata da recidive ricorrenti spontanee o inducibili, frequentemente associate all'angioedema, che si verificano per più di 6 settimane, come riconosciuto dalle linee guida attuali (1 Zuberbier T, Aberer W, Asero R. EAACI / GA2LEN / EDF / WAO Linee guida 2017. Allergia 2018; 73: 1393-1414. [PubMed]). Le lesioni di orticaria cronica spontanea possono comparire spontaneamente e manifestarsi in diverse parti del corpo associandosi ad angioedema (non edema faringeo) nel 40% dei pazienti.

Nella fase iniziale il trattamento più efficace è rappresentato dagli antistaminici (trattamento di prima linea) con risposta efficace nel 50% dei casi.

Anche nel caso in cui il trattamento risulti efficace è possibile che si verifichi una recidiva dopo 1 – 3 mese. In caso di recidiva il paziente può essere nuovamente trattato.

Nel 50% dei pazienti che non rispondono alla terapia con antistaminici è necessario ricorrere ad altri tipi di trattamenti.

Un trattamento prolungato con corticosteroidi può causare le seguenti effetti collaterali noti:

effetti psicologici, ritenzione di liquidi, glaucoma, iperglicemia, soppressione immunitaria e osteoporosi. Esiste una terza linea di trattamento, secondo le più recenti linee guida, rappresentata dal farmaco Omalizumab.

(Zuberbier T, Aberer W, Asero R. Linee guida EAACI / GA2LEN / EDF / WAO per la definizione, la classificazione, la diagnosi e la gestione dell'orticaria. Revisione e aggiornamento 2017. Allergia. 2018; 73: 1393-1414).

Nello studio condotto è descritta l'efficacia di questo ultimo farmaco.



**Dott. Riccardo Asero**  
Responsabile Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano



[Clicca qui per visualizzare l'articolo originale](#)

## DISTINCT LIPID TRANSFER PROTEINS DISPLAY DIFFERENT IGE-BINDING ACTIVITIES THAT ARE AFFECTED BY FATTY ACID BINDING

Aina R, Dubiela P, Geiselhart S, Bublin M, Bruschi M, Radauer C, Nagl C, Humeniuk P, Asero R, Mortz CG, Hafner C, Hoffmann-Sommergruber K, Borowski T. Allergy. 2018 Nov 27. PubMed PMID

Le proteine di trasferimento lipidico non specifiche (nsLTP) sono allergeni alimentari rilevanti. Hanno una struttura 3D compatta, con una cavità lipidica idrofobica con capacità legante. Lo studio condotto dimostra che il legame dell'acido oleico (OLE) per la pesca nsLTP, Pru p 3, influisce sulla conformazione e l'attività legante le IgE dell'allergene.

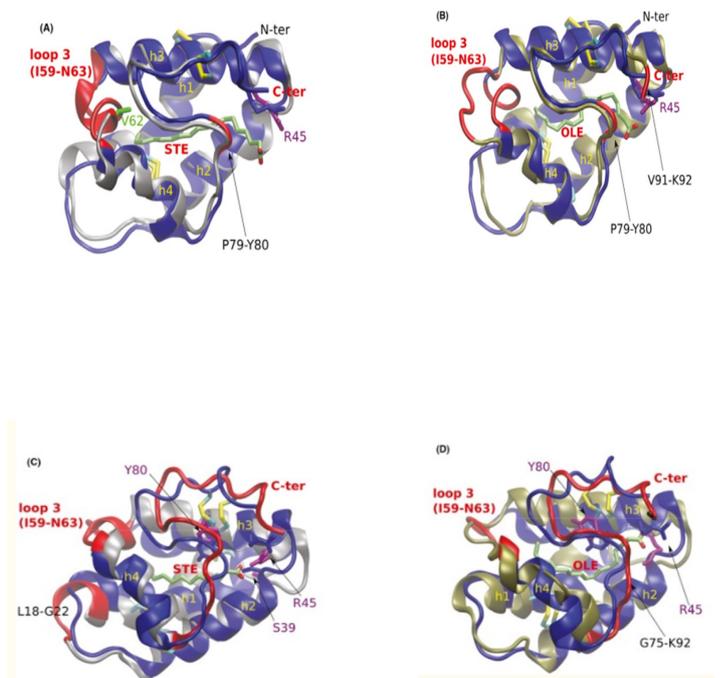
Si è studiato se questa osservazione può essere estesa ad altre proteine omologhe. Pertanto, si è analizzato nsLTP con un potenziale allergenico diverso, Mal d 3 da mela (alta), Cor a 8 da nocciola (intermedio), e Hel a 3 da semi di girasole (basso) e le loro interazioni con 3 acidi grassi: acidi OLE, stearici (STE) e laurici (LAU).

Abbiamo estratto nsLTP naturali e prodotto Mal d 3 e Cor a 8 ricombinanti usando *Pichia pastoris*.

Diciotto sieri di pazienti contenenti IgE specifiche a Pru p 3 e / o Cor a 8 sono stati testati con IgE-ELISA diretto applicando rMal d 3, rCor a 8 e nHel a 3. Abbiamo usato i sieri selezionati (n = 6 per rMal d 3 e rCor a 8 ciascuno) per verificare se l'IgE che lega le proteine è influenzato dall'interazione con OLE e STE, scelti come rappresentanti di acidi grassi insaturi e saturi, rispettivamente.



**Dott. Riccardo Asero**  
Responsabile Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano



**Molecular dynamic (MD) analysis. A, B. Superposed structures of apo-Mal d 3 and Mal d 3/STE (A) and of apo-Mal d 3 and Mal d 3/OLE (B). C, D. Superposed structures of apo-Cor a 8 and Cor a 8/STE (C) and of apo-Cor a 8 of Cor a 8/OLE (D). Apo forms of the allergens are in blue and the ligand-bound forms in grey (STE) and gold (OLE). The regions in red are those affected by ligand binding; important residues are highlighted.**



**Clicca qui per visualizzare l'articolo originale**

## PREDICTORS OF RESPONSE TO OMALIZUMAB AND RELAPSE IN CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA: A STUDY OF 470 PATIENTS.

Marzano AV, Genovese G, Casazza G, Fierro MT, Dapavo P, Crimi N, Ferrucci S, Pepe P, Liberati S, Pigatto PD, Offidani A, Martina E, Girolomoni G, Rovaris M, Foti C, Stingeni L, Cristaudo A, Canonica GW, Nettis E, Asero R. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Nov 19. PubMed

L'orticaria spontanea cronica (CSU) è caratterizzata dalla comparsa spontanea di pomfi e / o angioedema per  $\geq 6$  settimane. Omalizumab è un anticorpo monoclonale anti-IgE efficace nella CSU refrattaria, ma il suo meccanismo d'azione e i marcatori predittivi della risposta non sono completamente definiti.

È stato condotto uno studio multicentrico retrospettivo in 470 pazienti affetti da orticaria cronica spontanea (CSU).

L'obiettivo dello studio è di correlare i livelli basali di due biomarcatori, IgE totali (blgE) e d-dimero (bd-dimero) e studiare le manifestazioni cliniche alla risposta all'omalizumab oltre che le recidive dopo l'interruzione del farmaco.

L'andamento della malattia è stata determinata dall'Orticaria Activity Score 7 (UAS7) alla settimana 1 e 12 dopo l'inizio di omalizumab. Le recidive sono state valutate durante un intervallo di 2 e 3 mesi rispettivamente dopo un primo e secondo ciclo di trattamento.

Lo studio condotto ha dimostrato che blgE è correlato ad una buona risposta a Omalizumab

( $P = 0.0002$ ). Al contrario, bd-dimero non è correlato ad una risposta significativa.



**Dott. Riccardo Asero**  
Responsabile Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano



**Clicca qui per visualizzare l'articolo originale**

**EVIDENCE OF CROSS-REACTIVITY BETWEEN DIFFERENT SEED STORAGE PROTEINS FROM HAZELNUT (CORYLUS AVELLANA) AND WALNUT (JUGLANS REGIA) USING RECOMBINANT ALLERGEN PROTEINS**

Villalta D, Scala E, Mistrello G, Amato S, Asero R.—Int Arch Allergy Immunol. 2019;178(1):89-92. Epub 2018 Sep 13. PubMed

Le proteine di stoccaggio dei semi sono allergeni estremamente stabili in noci, semi e legumi e sono responsabili delle reazioni allergiche che possono essere gravi.

La reattività crociata tra queste proteine di stoccaggio non è ancora del tutto analizzata.

Lo studio condotto mirava ad accertare la cross-reattività tra le proteine di stoccaggio di semi di noce e nocciola usando allergeni ricombinanti. Sono stati studiati i sieri di 13 pazienti con grave allergia primaria alle noci e / o alle nocciole e ipersensibili ad entrambe le nocciole. Sono state misurate le IgE specifiche per rCor a 9, rCor a 14 e rJug r 1 e sono stati condotti esperimenti di inibizione misurando la reattività delle IgE dopo l'assorbimento dei sieri dei pazienti con estratto di noce preparato al momento. Tutti i 13 sieri hanno mostrato una forte reattività IgE contro l'albumina di noce 2S, Jug r 1, 12 reagito all'albumina 2S di nocciola, Cor a 14 e 8 alla leguminosa nocciola, Cor a 9. Lo studio mostra che i pazienti principalmente allergici a noce o nocciola che mostrano una pelle o reattività sierologica all'altra noce sono potenzialmente a rischio di gravi reazioni allergiche causate da reattività crociata tra albumine 2S e leguminose.



**Dott. Riccardo Asero**  
Responsabile Ambulatorio di Allergologia  
Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano



**Clicca qui per visualizzare l'articolo originale**

## DIFFERENZE DI GENERE ED EMICRANIA: ASPETTI SOCIO-ECONOMICI.

**Dott.ssa Maria Clara Tonini**  
*Responsabile Centro per la Diagnosi e cura delle Cefalee*  
*Clinica Polispecialistica San Carlo—Paderno Dugnano*  
Docente **ASC** (Associazione per una Scuola delle Cefalee)

L'emicrania va ritenuta una malattia cronica perché, dal momento in cui si manifesta, può persistere per tutta la vita, anche in età avanzata, nel 20-30% dei soggetti; ne soffre il 14,4% della popolazione mondiale, con una prevalenza 3 volte maggiore nelle donne (18,9%) rispetto agli uomini (6,8%).

In Italia prevale in circa il 25% dei soggetti di cui il 32,9% di sesso femminile e il 13% di quello maschile. Ha un carattere ciclico per la ricorrenza degli attacchi emicranici che possono avere un andamento episodico, ma anche cronico per la presenza di più di 15 giorni di cefalea al mese.

Viene considerata tra le malattie più disabilitanti dal Global Burden Disease (GBD), un sistema di valutazione introdotto negli anni '90 - effettuato da un'equipe di ricercatori provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'Università dell'Harvard School of Public Health di Boston e dall'Institute of Health Metric and Evaluation dell'Università di Washington - per calcolare l'effetto di una patologia sulla popolazione mondiale mediante una misura definita "Years Lived with Disability (YLDs)", "anni vissuti con disabilità", che esprimono un quoziente attribuito al tempo vissuto non in salute per ogni anno di vita.

L'ultimo aggiornamento (2016) stima che nel mondo circa 3 bilioni di soggetti presenta cefalea, di cui 1,04 bilioni con diagnosi di emicrania, responsabile globalmente di 45,1 milioni di YLDs, maggiore percentualmente nelle donne rispetto agli uomini rispettivamente del 6,8% e 4,3%, con un picco di prevalenza tra i 35 e i 39 anni.

Dal 2000 l'emicrania, come principale causa di anni vissuti con disabilità, sale gradualmente dal diciannovesimo posto ai vertici delle classifiche, passando al settimo posto nel 2010, al sesto nel 2013, al terzo nel 2015, fino a raggiungere il primo posto nel 2016, nella fascia di età tra i 15 e i 49 anni per entrambi i sessi.

Inoltre rispetto alle prime stime in cui si collocava al dodicesimo posto per le donne e al ventottesimo per gli uomini, raggiunge rispettivamente il quinto e il ventesimo posto.

L'emicrania, pur non avendo modificato la prevalenza, si pone così seconda in classifica tra le prime dieci malattie croniche più disabilitanti al mondo, dopo il dolore lombare (tabella 1).

Si è di fronte ad una malattia con un impatto fortemente negativo sulla qualità di vita in un individuo giovane-adulto negli anni di maggiore produttività e di maggior impegno sociale e lavorativo, nei quali si sono ultimati gli studi e ci si affaccia al mondo del lavoro, si forma una famiglia, si prende cura dell'educazione dei figli, si consolida una carriera lavorativa.

Un impatto che è stato dimostrato essere più significativo nella donna impegnata nei ruoli di caregiving (85%) e multi-tasking (62,5) – maggiore capacità a gestire contemporaneamente il lavoro, l'organizzazione della casa, l'accudimento dei figli e del genitore anziano; impatto nella gestione del

le situazioni importanti della sua vita femminile quali la programmazione di una gravidanza, gli aspetti di fertilità, le relazioni affettive con i figli e il partner; impatto soprattutto sul benessere emotivo e fisico, causando stati ansioso-depressivi (51%), disturbi del sonno (48-74%), cronicizzazione della propria emicrania (2,5%), *cephalalgiofobia*, cioè evitamento di qualunque attività per la paura del manifestarsi dell'attacco (14,8%), con la rinuncia a



**Dott.ssa Maria Clara Tonini**

partecipare alle relazioni famigliari, sociali-ricreative e con diminuzione del rendimento e produttività lavorativa del 50-89%; è stato dimostrato che la donna emicranica si reca comunque al lavoro anche con cefalea e i sintomi ad essa associati.

) e all' 1,6% una terapia di profilassi per una frequenza mensile di attacchi emicranici  $\geq 5$  giorni; il 77,4% non si reca dal medico e si autocura, con la conseguenza di un uso eccessivo e inappropriato di farmaci e il rischio di trasformare una forma episodica in cronica.

Lo scenario che emerge dalla ricerca scientifica e dalle valutazioni economiche è una carenza di consapevolezza che l'emicrania - malattia tra le più invalidanti al mondo - è un problema socio-sanitario così importante e gravoso per la vita di un individuo (in particolare per la donna) e per la salute pubblica, che non può non essere considerata e riconosciuta al pari di altre malattie croniche (diabete, malattia di Alzheimer, etc).

La domanda spontanea è come si sta attualmente affrontando in Italia una patologia ancora così lacunosa da un punto di vista conoscitivo e informativo.

Di recente è in discussione alla Camera una proposta di legge per il "Riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale" e dallo scorso anno le Società Scientifiche (ANIRCEF e SISC), insieme alle Associazioni per i pazienti (FICef, AIC, AICe e OUCH), si stanno adoperando per l'inserimento della cefalea cronica nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Particolari strumenti (specifici questionari e scale) hanno misurato la qualità della vita dimostrando punteggi significativamente peggiori nella sfera emotiva, nella salute fisica, nelle attività sociali a sfavore del sesso femminile rispetto a quello maschile, non solo in stretta relazione all'attacco emicranico, ma anche tra un attacco e l'altro.

L'interazione tra una peggiore qualità di vita e la natura ciclica e disabilitante dell'emicrania implica che molti soggetti si escludano dalla sfera pubblica, si isolino in famiglia e al lavoro, comportando una "stigmatizzazione" della malattia (32%), per cui spesso i soggetti emicranici sono visti come nevrotici, pigri e ipocondriaci.

La "banalizzazione" della malattia-emicrania fa sì che l'individuo non si senta compreso dai famigliari e amici (10%), dai colleghi (12%), sentendosi solo, frustrato con diminuzione di autostima e senso di colpa.

Questo impatto sociale si traduce anche in un gravoso peso economico sia per la forma episodica, ma soprattutto per quella cronica, dovuto a un aumento dei costi indiretti (perdita di giornate lavorative, di efficienza lavorativa) e di quelli diretti (farmaci, prestazioni mediche, esami diagnostici, accessi ripetuti in PS).

In Europa la spesa annua per singolo soggetto è stata stimata di €1222 e in Italia di €1034, rappresentata per il 93% dai costi indiretti, attribuiti nel 35,5% al pre-assenteismo (ridotta produttività) e nel 14,3% all'assenteismo dal lavoro.

Mentre per l'emicrania episodica i costi diretti annui per singolo individuo variano tra €524 e €828,52 e per la forma cronica tra €2250 e €2648, di cui il 94% a carico del Servizio Sanitario Nazionale, senza mai aver fatto una distinzione di genere.

Una recente indagine condotta dal Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bicconi di Milano commissionata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha valutato l'impatto socio-economico, con attenzione alle differenze tra sesso femminile e maschile.

I risultati presentati nel "libro bianco" hanno dimostrato che il costo annuale complessivo per emicrania sostenuto dai pazienti rappresentato da prestazioni sanitarie, perdita di produttività, assistenza sanitaria formale e informale (famigliari, amici, etc) è risultato maggiore negli uomini (€6046) rispetto alle donne (€3632), nonostante le donne abbiano riconfermato (come negli studi precedenti), alle scale di valutazione della qualità di vita, punteggi indicativi di un minore rendimento lavorativo e domestico, di minore partecipazione alle attività ricreative e sociali, evidenziando che la donna rispetto all'uomo ha una qualità di vita peggiore e sostiene una spesa minore per curarsi.

Infine non è da dimenticare che l'emicrania risulta ancora essere una malattia sottodiagnosticata e sottotrattata.

Un'indagine europea (studio Eurolight) ha evidenziato che in Italia i soggetti sofferenti di emicrania che consultano un medico sono il 15,8% (il 9,5% il medico di famiglia e il 6,3% lo specialista); al 6,3% viene consigliata una terapia sintomatica con triptani (farmaci specifici per bloccare l'attacco in breve tempo).

Inoltre l'attuale costituzione dell' "Osservatorio sulla Medicina di Genere" - facente capo al "Centro di Riferimento per la Medicina di Genere" dell'ISS, unico in Europa - e la "Legge sulla Medicina di Genere" in vigore dal febbraio 2018, fanno pensare che l'emicrania, una malattia di genere, possa a breve acquisire la dovuta importanza e riconoscimento per entrare in una gestione di politica sanitaria e di ricerca scientifica più appropriate, di prevenzione e gestione clinico-terapeutica genere-specifica, superando così quei gaps che la rendono ancora "invisibile".

#### **Tabella 1. Le dieci malattie più disabilitanti al mondo (GBD 2016).**

- 1. Dolore lombare**
- 2. Emicrania**
- 3. Perdita dell'udito età-correlata**
- 4. Anemia sideropenica**
- 5. Depressione maggiore**
- 6. Cervicotalgia**
- 7. Altri disturbi muscoloscheletrici**
- 8. Diabete**
- 9. Disturbi d'ansia**
- 10. Cadute**

## IL MELANOMA

**Dott. Giacomo Pozzi** - Responsabile Ambulatorio di Dermatologia  
**Dott. Luigi Castelli** - Responsabile U.O. di Chirurgia Generale  
**Dott. Roberto Buzzoni** - Responsabile U.O. di Oncologia Medica

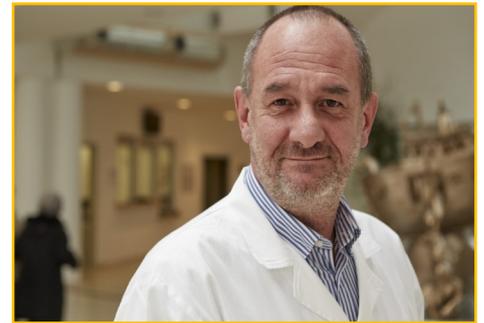
Nel mondo occidentale la diagnosi di neoplasie cutanee è in netto incremento. Il melanoma cutaneo è l'istotipo che è stato associato ad una prognosi drammatica e poco modificabile nonostante i trattamenti medici e chirurgici, infatti fino a 8-9 anni fa la mediana di sopravvivenza nel melanoma in fase avanzata non superava i 10-12 mesi dalla diagnosi.

Oggi in maniera quasi tumultuosa lo scenario è cambiato grandemente.

Un passo fondamentale è resta comunque la diagnosi precoce e questo presuppone da parte del dermatologo un attento esame clinico, combinato con il dermatoscopio. Poi l'exeresi a scopo diagnostico deve rispondere a regole ben precise riguardo il margine laterale e profondo.

In caso di diagnosi di melanoma la chirurgia deve essere completata con la radicalizzazione della lesione e la biopsia del linfonodo sentinella (BLS).

Diverso sarà il prosieguo della cura in caso di positività o negatività del linfonodo sentinella. In caso di positività la regola sarà quella di procedere allo svuotamento del pacchetto linfonodale, mentre nei casi di melanoma metastatizzato (stadio IV) o non operabile (stadio III) è mandatorio la determinazione dello stato mutazionale BRAF e NRAS. Negli ultimi anni l'immunoterapia con Anti PD 1 viene considerata come la prima opzione terapeutica nei casi di melanoma metastatizzato.



**Dott. Giacomo Pozzi**



**Dott. Luigi Castelli**



**Dott. Roberto Buzzoni**

## I TUMORI DELLA MAMMELLA

**Dott.ssa Paola Mariani** - Coordinatore del Gruppo multidisciplinare di Senologia  
U.O. Oncologia Clinica Polispecialistica San Carlo –Paderno Dugnano

Il tumore al seno rappresenta, in Italia e in Europa, la patologia oncologica più frequente per le donne di tutte le fasce di età. Le evidenze scientifiche dimostrano come il miglioramento della prognosi delle pazienti sia garantito da una diagnosi precoce e da una gestione multidisciplinare in grado di identificare il percorso diagnostico-terapeutico più adatto per ciascuna paziente.

La nostra équipe di senologia include specialisti di diversi Dipartimenti impegnati nella gestione e cura delle pazienti affette da carcinoma mammario (Chirurgia della Mammella, Oncologia Medica, Anatomia Patologica, Radiologia, Chirurgia Plastica, Onco-Genetica e Psico-Oncologia).

L'obiettivo è offrire per ciascuna paziente, in tutte le fasi della sua malattia, un percorso di assistenza multidisciplinare in grado di garantire un alto livello qualitativo di cure.

### Modalità operative dell'équipe multidisciplinare:

- ◆ Collegialità delle decisioni terapeutiche: gli specialisti discutono collegialmente le scelte di cura per ciascuna paziente che si sia sottoposta ad accertamenti diagnostici o ad una visita senologica per patologia mammaria. In relazione alla diagnosi viene impostato e definito un percorso terapeutico di tipo chirurgico e medico.
- ◆ Continuità del rapporto terapeutico-assistenziale ed attenzione alla persona: le pazienti sono accompagnate durante tutte le fasi del loro percorso di cura dallo stesso gruppo di medici, con particolare attenzione alla qualità del tempo dedicato e alla qualità della relazione medico-paziente.
- ◆ Programmazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche per garantire adeguatezza delle cure e rispetto delle tempistiche.
- ◆ Attiva collaborazione con Centri di ricerca oncologica.

### Ulteriori servizi disponibili nella nostra struttura:

- ◆ Percorso di consulenza genetica per ereditarietà/familiarità del tumore al seno (genetista, oncologo, senologo, ginecologo, psicologo);
- ◆ Supporto psicologico per le tutte le pazienti durante l'intero percorso di cura e nei successivi controlli;
- ◆ Valutazioni ginecologiche;
- ◆ Percorsi fisiaterapico-riabilitativi per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico.

### Dipartimenti coinvolti nel Gruppo di Senologia:

- ◆ **Anatomia patologica e biologia molecolare**

Il Servizio di Anatomia Patologica provvede alla lettura di ogni prelievo cito-istologico, alla descrizione e alla classificazione del materiale

operatorio secondo i criteri standard internazionali.

#### ◆ **Chirurgia senologica**

L'attività chirurgica si sviluppa sia in regime di ricovero in degenza ordinaria, sia in regime ambulatoriale di Day Hospital. Gli interventi chirurgici comprendono i casi di chirurgia conservativa (quadrantectomia) e biopsia del linfonodo sentinella, approccio che consente un minor danno funzionale dell'arto superiore. Dove sia richiesta la chirurgia cosiddetta "demolitiva" (mastectomia) è prevista la collaborazione con la chirurgia plastica per beneficiare al massimo delle tecniche ricostruttive disponibili.

#### ◆ **Chirurgia plastica ricostruttiva**

La chirurgia plastica svolge un ruolo fondamentale nei casi di intervento chirurgico demolitivo (rimozione dell'intera ghiandola mammaria) ma oggi attraverso l'introduzione di nuove tecniche come il lipofilling ha ampliato i suoi ambiti di applicazione garantendo sempre più elevati risultati estetici. Per tale motivo è prevista una stretta collaborazione tra il chirurgo senologo e il dott. Antonello Tateo, chirurgo plastico ricostruttore, al fine di identificare sempre la migliore metodica ricostruttiva.

#### ◆ **Oncologia Medica**

L'oncologo è la figura che coordina l'intero percorso di cura della paziente, dalla definizione del trattamento medico (farmacologico) alla tipologia di esami da eseguire, fino alla pianificazione dei successivi controlli periodici.

L'Unità Operativa di Oncologia Medica dispone di un servizio ambulatoriale per le prime visite oncologiche e le visite di controllo, del servizio di Day-Hospital (MAC) e di un reparto di degenza per eseguire i trattamenti medici, le terapie di supporto e le procedure diagnostiche. La presenza di un'équipe di medici dedicati e di uno staff di infermiere specializzate permette di garantire, per ogni paziente, una continuità assistenziale ed un'elevata qualità delle cure.

#### ◆ **Radiologia interventistica**

Il dipartimento di Radiologia diagnostica-interventistica aderisce al programma di screening mammografico sul territorio dal 2000.

L'équipe di radiologi dedicati per la patologia mammaria dispone dei seguenti strumenti diagnostici: mammografia digitale e tomosintesi, ecografia diagnostica, risonanza magnetica con e senza mezzo di contrasto, ecografia operativa con agoaspirati e/o biopsie con prelievi cito-istologici, biopsia stereotassica sotto guida ecografica vacuum-assisted - VAAB.

#### ◆ **Ambulatorio di Psico-Oncologia**

Servizio disponibile per il supporto psicologico di tutti i pazienti con diagnosi oncologica.

#### ◆ **Ambulatorio di Genetica medica**

Svolge counseling genetico per familiarità/ereditarietà per carcinoma mammario, formulando percorsi di sorveglianza/monitoraggio di pazienti ad alto rischio eredo-familiari in collaborazione con il senologo, l'oncologo ed il ginecologo.



**Dott.ssa Paola Mariani**



## ENTERITE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE: Brevi Consigli e Considerazioni

**Dott. Alberto Volonterio** - Infettivologo  
*Clinica Polispecialistica San Carlo-Paderno Dugnano*

Clostridium difficile è uno spiacevole, pericoloso e frequente compagno di strada delle degenze in tutte le strutture di Ricovero e Cura, comprese quelle di Cure Intermedie, Cure Subacute, Riabilitazione e nelle RSA. Talvolta come è noto, esita in complicanze severe, e perfino in decessi, specie per pazienti fragili e molto anziani. È specialmente associato a genze di lunga durata. Si sospetta per ogni episodio di almeno 3 alvi/die di feci non formate in pazienti ricoverati.

Giova ripetere quelli che sono i due cardini della prevenzione: 1° isolamento e la giudiziosa e limitata esposizione agli antibiotici.

L'isolamento da contatto è noto essere fondamentale: guanti e camici, se possibile occorre isolare in stanza singola il paziente infetto, se non è possibile almeno associare i pazienti coinfecti o associare un paziente allettato. Prima e dopo aver indossato i guanti, è indispensabile il lavaggio delle mani con acqua e sapone, meglio che con la soluzione idroalcolica.

La limitazione dell'impiego degli antibiotici è fondamentale. In cima alla lista dei "cattivi", almeno per quanto attiene a C. difficile, carbapenemi, Clindamicina, chinolonici e cefalosporine. Trattamenti protratti causano più infezioni. Gli inibitori di pompa, per quanto possibile, andrebbero somministrati solo se effettivamente necessari, e mai abusati, anche se non vi è raccomandazione tassativa, ma numerosi sono gli studi in cui 1° associazione di impiego e infezione è significativa. Talvolta un'alternativa può essere la ranitidina.

La diagnosi viene fatta con la clinica e il laboratorio: ricerca dell'Antigene e della tossina. Il test non andrebbe mai ripetuto se non a distanza di settimane o mesi, perché può essere positivo anche in presenza di risoluzione della sintomatologia clinica per molto tempo, specie se a essere positivo è 1° Antigene.

Un episodio può essere considerato risolto alla risoluzione della diarrea, a discrezione clinica, ma occorre essere prudenti nel sollevare 1° isolamento.

La terapia medica prevede 1° impiego di Vancomicina per os x almeno 10 giorni, sia al primo che al secondo episodio; il secondo dovrebbe prevedere "tapering" (descalaggio) graduate e della durata di 3-4 settimane. Successivamente, Fidaxomicina e Metronidazole sono di scelta; le associazioni di farmaci non offrono vantaggi e sono sconsigliate.

Vancomicina per enema, anticorpi antitossina, trapianto di microbiota sono opzioni limitate e riservate a casi eccezionali. Non è in alcun modo provata 1° utilità dei pro-biotici.

Una giudiziosa gestione dei pazienti e degli antibiotici può essere fondamentale per impedire infezioni ricorrenti, epidemie e forme severe o fatali.



## DUE NUOVE METODICHE DI CURA ALLA CARDIOLOGIA DELLA SAN CARLO: REDUCER PER LA CURA DELL'ANGINA REFRATTARIA E IMPELLA PER IL TRATTAMENTO DELLO SHOCK CARDIOGENO E NELLE ANGIOPLASTICHE AD ALTO RISCHIO.

**Dott. Bernardo Cortese**

Responsabile U.O. di Cardiologia

*Clinica Polispecialistica San Carlo - Paderno Dugnano*

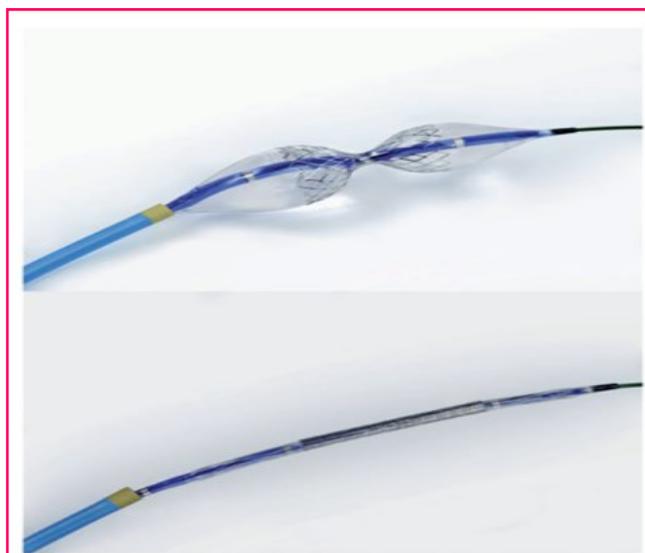
Il **Reducer**® è destinato a pazienti con angina pectoris refrattaria e una prova obiettiva di ischemia miocardica reversibile, con opzioni di trattamento limitate e che sono pertanto definiti "pazienti no option". L'angina refrattaria è una condizione cronica caratterizzata dalla presenza di severa coronaropatia determinante sintomi anginosi disabilitanti solo parzialmente controllabili dalla terapia medica ottimale e/o da rivascularizzazione miocardica percutanea o chirurgica. Il tasso di mortalità associato a questa condizione è relativamente basso in pazienti clinicamente stabili e in terapia medica ottimale, ma i tassi di riospedalizzazione sono tuttavia ancora elevati. Ne consegue la necessità clinica di nuove terapie mirate ad un miglioramento dei sintomi, tenendo conto del potenziale impatto in termini di assistenza sanitaria e di costi (ospedalizzazioni frequenti,...). Si stima infatti che ogni anno circa 525000 pazienti sottoposti in Europa e negli Stati Uniti a studio coronarografico non abbiano indicazione a rivascularizzazione coronarica percutanea o chirurgica. A questi pazienti vanno aggiunti gli oltre 500000 pazienti che, seppur trattati con rivascularizzazione coronarica percutanea o chirurgica, continuano ad essere sintomatici per angina nonostante terapia medica ottimale ed assenza di stenosi angiograficamente e/o funzionalmente significative a carico dei vasi epicardici maggiori. Tali dati vengono confermati da numerosi trial clinici che riportano come più del 25% dei pazienti ad 1 anno e circa il 45% dei pazienti a 3 anni, continuano ad avere angina dopo rivascularizzazione coronarica efficace.

Numerose opzioni terapeutiche sono state sviluppate negli ultimi anni in questa tipologia di pazienti, tuttavia nessuna di queste è divenuta "standard of care", e viene pertanto attualmente utilizzata nella pratica clinica. Gli interventi con impianto di dispositivi in seno coronarico potrebbero ridurre l'ischemia miocardica inducendo una redistribuzione del flusso ematico dal territorio sub-epicardico meno ischemico al territorio sub-endocardico più ischemico, riducendo così i sintomi legati all'ischemia. Il Reducer è un dispositivo impiantabile per via percutanea nel seno coronarico, che attraverso la riduzione del calibro del seno coronarico determina un aumento della pressione nel sistema venoso cardiaco. L'impianto di tale dispositivo ha dimostrato essere correlato ad un miglioramento dei sintomi anginosi e ad una riduzione dell'ischemia in alcuni studi preclinici e clinici.

**Metodica:** si tratta di un dispositivo impiantabile per via percutanea costituito da una rete in acciaio chirurgico 316 L tagliata al laser senza punti di saldatura. L'accesso è generalmente giugulare dx in anestesia locale. Dalla sede di accesso si raggiunge il seno coronarico, si effettua un'iniezione di mdc e se ne studia l'anatomia, quindi si posiziona filo guida su cui si avvanza il sistema Reducer, che viene rilasciato dopo gonfiaggio del pallone al suo interno. Dopo circa 4-6 settimane dall'impianto, si crea un'ostruzione del seno coronarico, che determina aumento del flusso perfusorio a monte, e maggiore estrazione di ossigeno e nutrienti a livello capillare del miocardio, con conseguente riduzione dei sintomi anginosi. Ne esiste un'unica misura, che può essere alloggiata in seni coronarici di diametro 9-13 mm al tratto prossimale.



**Dott. Bernardo Cortese**



Le complicanze legate alla procedura, ad oggi riportate dai trial clinici, sono: dissezione del seno coronarico (~2%), perforazione del seno coronarico (~0.3%), intrappolamento del catetere da 9F nel neck del Reducer (~2%), migrazione dello scaffold ancora crimpato (1.5%), embolizzazione del dispositivo rilasciato (1.5%).

L'obiettivo della terapia per quei pazienti che soffrono di angina refrattaria dovrebbe essere prima di tutto diretta a migliorarne la qualità della vita. I benefici del dispositivo si valutano ad almeno 4-6 settimane post impianto, ad avvenuta endotelizzazione con conseguente creazione del restringimento controllato del seno coronarico.

I principali trial clinici sono descritti nei paragrafi seguenti. Dallo studio clinico randomizzato COSIRA, così come dai numerosi dati clinici non randomizzati, è infatti emerso che il 70-80% dei pazienti con angina refrattaria hanno un miglioramento almeno di una classe CCS (nel 40-45 % anche di due) a seguito dell'impianto di Reducer, in alcuni casi con riduzione di assunzione di farmaci.

Gli ultimi dati da risonanza magnetica a perfusione presentati ad euroPCR 2018 ed il recente Case Report pubblicato rappresentano invece un primo passo nella valutazione strumentale dell'effetto del sistema Reducer sull'ischemia.

**Studi pre-clinici e clinici a supporto del dispositivo:** risale al 2007 lo studio "first in man" che ha valutato l'impianto del Reducer in pazienti con angina refrattaria (classe CCS III o IV) nonostante terapia medica ottimale, con chiara evidenza di ischemia miocardica e assenza di lesione target per la rivascularizzazione coronarica. Tale studio prospettico, multicentrico, non randomizzato, ha documentato come l'impianto del dispositivo Reducer fosse sicuro, perché nei 15 pazienti arruolati non si sono verificati eventi avversi legati alla procedura, ed efficace, perché tutti i pazienti trattati hanno riferito miglioramento clinico dalla procedura. In particolare, l'85% dei pazienti trattati ha presentato un miglioramento della classe di angina CCS (la classe CCS di angina media è passata da 3.07 a 1.64 a sei mesi dal trattamento,  $p < 0.001$ ). Lo studio ha evidenziato, inoltre, come il sottoslivellamento del tratto ST alla prova da sforzo fosse ridotto a sei mesi dall'intervento rispetto al basale in 6 pazienti su 9 e non più presente in 2 dei 6 pazienti. Similmente, l'ecocardiogramma con dobutamina e la scintigrafia miocardica ha mostrato al follow up clinico a 6 mesi una riduzione dell'ischemia miocardica dopo il trattamento con Reducer.

Nel 2014, Königstein et al hanno confermato i dati ottenuti nello studio first-in-man, riportando un successo nell'impianto di tale dispositivo in 21 dei 23 pazienti trattati (91%) (23). Il mancato impianto nei 2 pazienti era legato alla complessità dell'anatomia del seno coronarico. Anche tale esperienza confermava la sicurezza dell'impianto del Reducer in seno coronarico, non riportando in nessuno dei pazienti trattati eventi avversi legati al dispositivo. Inoltre veniva confermata l'efficacia di tale dispositivo nel migliorare sia i sintomi (classe CCS media di angina  $3.3 \pm 0.6$  prima della procedura e  $2.0 \pm 1.0$  a sei mesi da questa,  $p < 0.001$ ) che l'ischemia miocardica (stress score alla scintigrafia miocardica da  $21.5 \pm 10$  a  $13.2 \pm 9$ ,  $p = 0.01$ ).

Nel 2015 sono stati pubblicati i risultati del COSIRA (Coronary Sinus Reducer for Treat-

ment of Refractory Angina) trial, studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, che ha testato la sicurezza e l'efficacia del Reducer in pazienti con angina refrattaria (classe CCS III o IV), ischemia miocardica e assenza di possibile rivascularizzazione coronarica chirurgica o percutanea, in terapia massimale. In totale, 104 pazienti sono stati randomizzati in doppio cieco all'impianto del Reducer in seno coronarico (gruppo di trattamento) vs. a simulazione della procedura senza impianto del dispositivo (gruppo di controllo). L'endpoint primario dello studio era il miglioramento di almeno due classi CCS di angina a sei mesi dalla procedura. L'impianto del dispositivo è stato eseguito con successo in 50 dei 52 pazienti randomizzati al braccio di trattamento, con l'impossibilità di impiantare il dispositivo in 2 pazienti per complessità anatomica del seno coronarico. Un totale di 18 su 52 pazienti nel gruppo di trattamento e 8 su 52 nel gruppo di controllo ha presentato un miglioramento di almeno due classi CCS (35% vs 15%,  $p = 0.02$ ) a sei mesi di follow-up. Nel gruppo di trattamento, il 71% dei pazienti (37 su 52) ha presentato un miglioramento di almeno una classe CCS, rispetto al 42% (22 su 52) nel gruppo di controllo ( $p = 0.03$ ). Inoltre, lo studio ha evidenziato nel gruppo trattato un miglioramento della qualità di vita (valutata con il Seattle Angina Questionnaire) rispetto al gruppo di controllo (miglioramento di 17.6 punti verso 7.6 punti su una scala di 100 punti,  $p = 0.03$ ). Nessuna differenza significativa è stata osservata tra i due gruppi per quanto riguarda la durata dell'esercizio fisico, l'entità del sottoslivellamento del tratto ST durante prova da sforzo e l'ischemia miocardica valutata con ecocardiografia da stress o scintigrafia miocardica.

A fine 2017 è stata pubblicata una review sullo European Heart Journal che, oltre a descrivere le caratteristiche tecniche del dispositivo, l'esperienza sulla procedura di impianto e riprendere gli importanti risultati dello studio Cosira, riporta un'anteprima dei risultati dello studio Reducer-I, registro multicentrico attualmente in corso che valuterà in oltre 400 pazienti trattati in più di 40 centri sicurezza ed efficacia del trattamento con Reducer su esperienza da "real life". I risultati ad interim mostrano, su circa 100 pazienti che hanno completato il follow-up a 6 mesi, è risultato un miglioramento del 81% di almeno 1 classe CCS di angina, del 45 % di almeno 2 classi CCS ed un 6-min walking test migliorato da una media di  $296.9 \pm 147.4$  a  $365.2 \pm 121.3$ .

Si segnala anche la pubblicazione su JACC CV Interventions un lavoro di grande interesse, se pur bassa casistica, che potrebbe rappresentare un primo passo nell'ampliare le indicazioni di impianto del dispositivo Reducer. Il device è stato infatti utilizzato per trattare 8 casi compassionevoli di angina microvascolare (o sindrome X) con risultati interessanti.

In Aprile 2018 è stata pubblicata l'esperienza monocentrica dell'Ospedale San Raffaele, che riporta i risultati dei primi 50 pazienti che hanno raggiunto il follow-up di 1 anno (follow-up intermedio per controllo e raccolta dati a 4 mesi). I pazienti erano stati selezionati per impianto Reducer tra Marzo 2015 e Agosto 2016, con angina refrattaria (minimo classe CCS 2) ed evidenza oggettiva di ischemia miocardica non più candidabili a rivascularizzazione. I risultati hanno mostrato un 100% di successo procedurale e miglioramento di almeno 1 classe CCS nell'80% dei pazienti e di almeno 2 classi CCS nel 40% dei pazienti. È risultato inoltre un miglioramento del pun-

teggio di tutti i Questionari Seattle Angina somministrati e un incremento significativo del 6-min walking test ( $388.6 \pm 119.7$  m vs.  $287.0 \pm 138.9$  m con  $p = 0.004$ ). È stato poi possibile ridurre almeno 1 farmaco antianginoso nel 32% dei pazienti e 2 farmaci antianginosi nel 6%. Non è stato riportato alcun evento avverso intraprocedurale e ai follow-up legato al dispositivo, dimostrando come il tasso di complicanze iniziale si sia ridotto mano a mano che è aumentata l'esperienza col dispositivo.

La casistica ad oggi più ampia raccoglie i dati di 141 pazienti di 3 centri alto volume: Ospedale San Raffaele, Tel-Aviv Medical Center, Cardiovascular Center Antwerp (Belgio). I risultati riportano successo procedurale del 98.6% (due casi non trattati per anatomia del SC sfavorevole), miglioramento di almeno una classe CCS nell'81%, miglioramento di almeno due classi CCS nel 45% dei casi, miglioramento dei questionari Seattle Angina, riduzione dei farmaci con dato significativo.

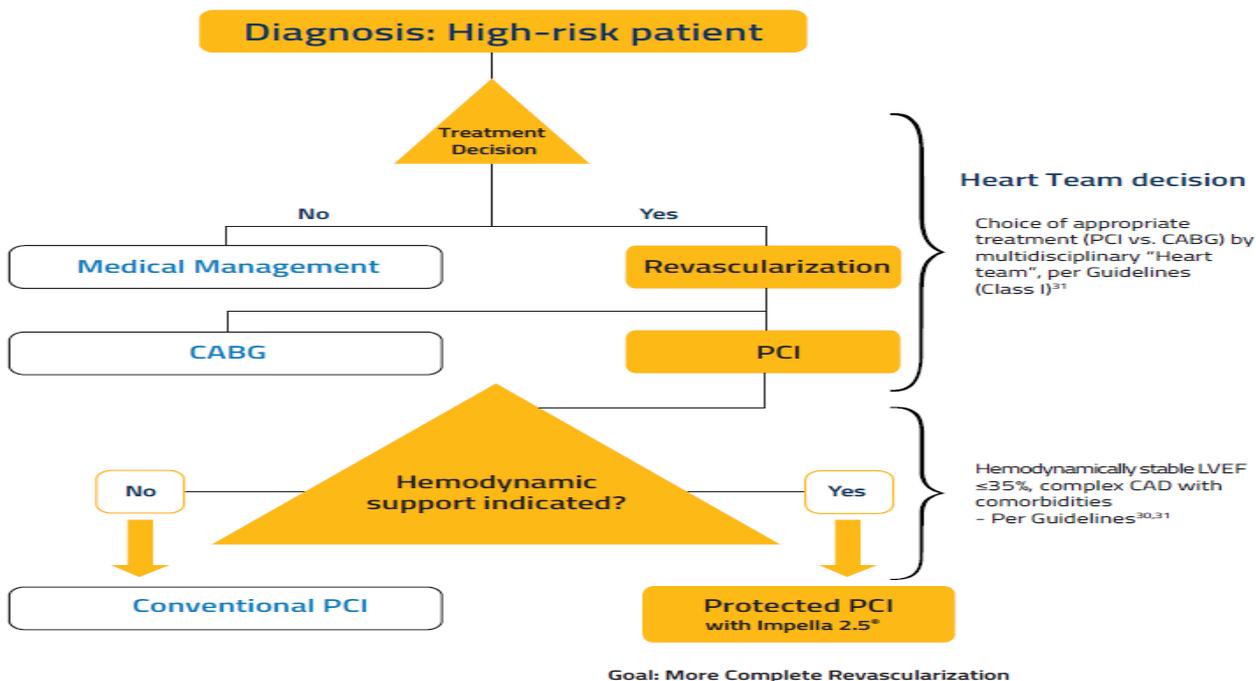
Ad EuroPCR 2018 sono stati presentati i primi dati da risonanza magnetica a perfusione (basale ed a 6 mesi di follow up) che hanno mostrato una riduzione significativa di ischemia nei segmenti studiati, seppur su un campione ancora ridotto di 15 pazienti. È stato pubblicato ad oggi solo un Case Report di paziente con impianto di Reducer e controllo delle variazioni di burden ischemico e di indice globale di riserva di perfusione miocardica tramite risonanza magnetica cardiaca (RMC) a perfusione da stress. Al follow up di 4 mesi viene evidenziato un miglioramento nei parametri di perfusione: burden ischemico passato da 22.9% a 13.3%, e indice globale di riserva di perfusione miocardica da 1.25 a 1.61. Inoltre, il paziente riporta un miglioramento in termini di qualità della vita (miglioramento del punteggio del questionario Seattle Angina da 45 a 73 punti).

**Analisi costi/benefici:** le complicanze descritte in letteratura sono: dissezione del seno coronarico (~2%), perforazione del seno coronarico (~0.3%), intrappolamento del catetere da 9F nel neck del Reducer (~2%), migrazione dello scaffold ancora crimpato (1.5%), embolizzazione del dispositivo rilasciato (1.5%). Tali complicanze sono a nostro avviso reversibili e trattabili immediatamente, poiché vengono diagnosticate durante la procedura e non a distanza di tempo. **Non sono state descritte complicanze mortali o con sequele per il paziente, per cui riteniamo che i vantaggi in termini di miglioramento della qualità di vita e riduzione della sintomatologia anginosa, assieme con la riduzione della necessità di riospedalizzazione, siano superiori ai rischi potenziali insiti in tali complicanze.**

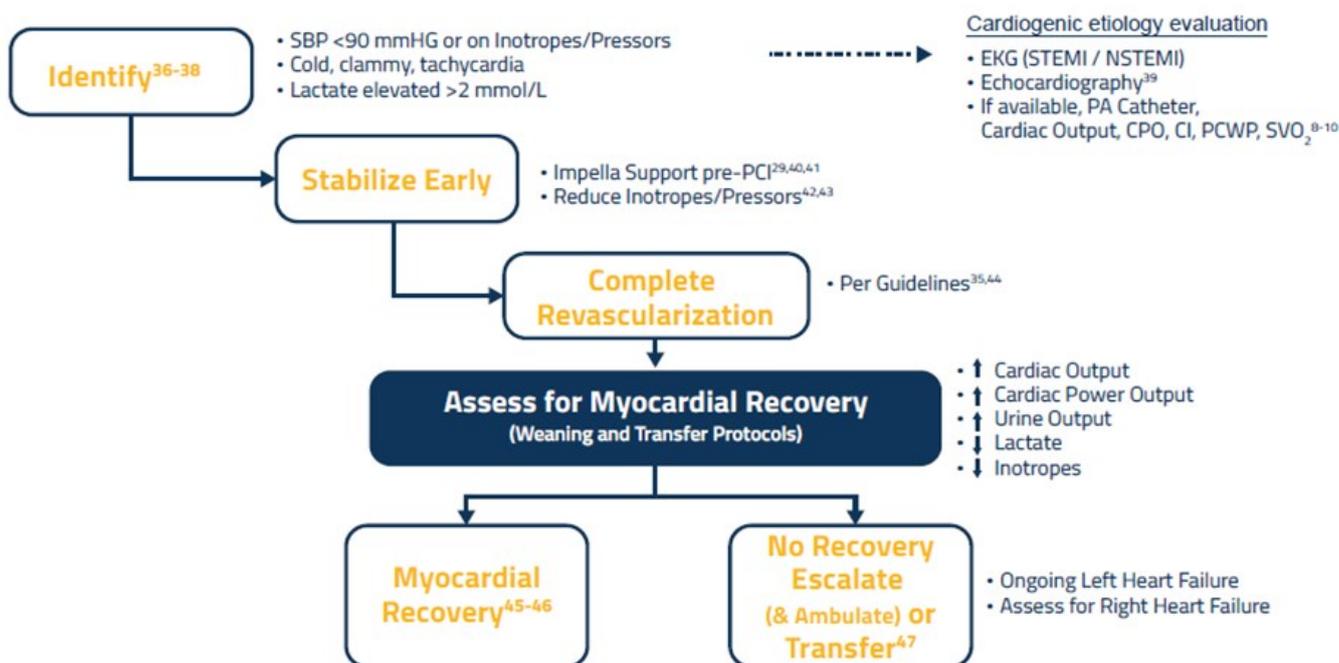
# IMPELLA®

Tale dispositivo viene impiegato come supporto emodinamico avanzato a breve termine, in attesa della ripresa della funzione ventricolare sinistra, o come ponte all’impianto di dispositivi a lungo termine, o a trapianto cardiaco. L’utilizzo del dispositivo è indicato (FDA Approval 2015 for Elective and Urgent High Risk Percutaneous Coronary Intervention (PCI) Procedures) nella gestione intraprocedurale delle angioplastiche ad alto rischio (es. malattia del tronco comune o trivale con FE < 35%); inoltre, in presenza di scompenso acuto, infarto acuto del miocardio, shock cardiogeno, miocarditi acute, il sistema fornisce un supporto di breve termine come ponte in attesa del recupero della funzionalità cardiaca o dell’impianto di un altro sistema di assistenza a medio-lungo termine (bridge to bridge), e come ponte al trapianto o ad una definitiva decisione terapeutica (FDA Approval 2016 for Cardiogenic Shock after heart attack or heart surgery.).

## Angioplastica ad Alto Rischio:



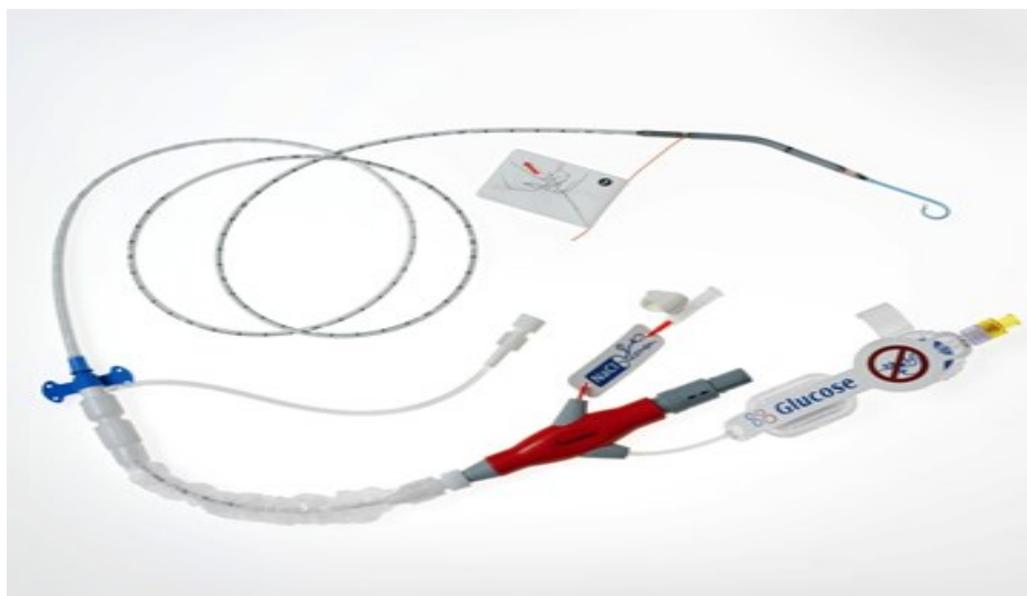
## Shock Cardiogeno:



Il dispositivo Impella è una micropompa assiale intravascolare a supporto del sistema circolatorio; la rotazione dell'impeller produce una pressione negativa che consente di aspirare il sangue dal ventricolo sinistro e di spingerlo in aorta ascendente bypassando la valvola aortica.

Scaricando il ventricolo, l'Impella produce una riduzione sia del volume che della pressione telediastolica, con una conseguente riduzione del lavoro meccanico e quindi del consumo di ossigeno del miocardio; la riduzione del volume diastolico determina inoltre una riduzione delle tensioni parietali e delle resistenze micro vascolari con un incremento della perfusione coronarica e quindi una maggiore disponibilità di ossigeno (protezione del miocardio). Allo stesso tempo si riscontra un incremento di flusso e pressione arteriosa media, con un beneficio netto della gittata cardiaca, garantendo pertanto anche un supporto di tipo emodinamico.

Il dispositivo è in grado di fornire una portata diversa a seconda del catetere utilizzato; per le nostre esigenze in Clinica, riteniamo indicato l'impiego di Impella CP, che viene inserito per via percutanea attraverso un introduttore 14 F in arteria femorale e viene quindi portato nel ventricolo sinistro attraverso la valvola aortica, fornendo un flusso cardiaco aggiuntivo fino a 4 litri al minuto; può rimanere nel paziente fino a cinque giorni (CE approved).



## LE RINITI ALLERGICHE : IL PUNTO DI VISTA DELL'ALLERGOLOGO E DELL'OTORINOLARINGOIATRA

### RESPONSABILE SCIENTIFICO

**Dr. Gianluca Merlano**

Direttore Sanitario  
Clinica San Carlo – Paderno Dugnano

### RELATORI e MODERATORI

**Dr. Maurizio Cappadona**

Medico specialista in Otorinolaringoiatria,  
Responsabile U.O. Otorinolaringoiatria  
Clinica San Carlo – Paderno Dugnano

**Dr. Riccardo Asero**

Medico specialista in Allergologia  
Ambulatorio di Allergologia  
Clinica San Carlo – Paderno Dugnano

**Prof. Claudio Ortolani**

Medico Specialista  
in Medicina Generale e Allergologia  
Direttore Istituto Allergologico Lombardo  
e Primario emerito di Medicina Generale  
e di Allergologia e Immunologia  
Clinica dell'Ospedale Niguarda – Milano



### 5 OTTOBRE 2019 (4 ORE)

08.30 – 09.00	Registrazione e saluti istituzionali	
09.00 – 09.10	Introduzione al tema	<b>C. Ortolani</b>
09.10 – 11.00	<b>LE FONTI ALLERGENICHE RESPIRATORIE, LA DIAGNOSTICA ALLERGOLOGICA IN-VIVO E IN-VITRO, LA DIAGNOSTICA MOLECOLARE E L'IMMUNOTERAPIA SPECIFICA</b>	<b>R. Asero</b>
11.00 - 11.45	Question&Answer time	
	Coffee break	
11.45 – 13.00	<b>LA RINITE DAL PUNTO DI VISTA DELL'OTORINOLARINGOIATRA</b>	<b>M. Cappadona</b>
13.00 – 13.30	Discussione e conclusioni	
	Compilazione test di apprendimento e gradimento	

L'iscrizione, obbligatoria, è gratuita ed include un coffee break e un aperitivo buffet. L'attestato crediti sarà rilasciato a tutti coloro che parteciperanno al 100% rispetto al monte ore totale dell'evento formativo e avranno compilato la verifica di apprendimento. All'evento sono stati preassegnati **4 CREDITI ECM** per tutte le professioni sanitarie.

## AISA-ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA LOTTA ALLE SINDROMI ATASSICHE

Grazie alle numerose manifestazioni organizzate nel corso dell'anno ed ai volontari che dedicano con amore parte del loro tempo ad **AISA Sezione LOMBARDIA**, con i contributi ricevuti nel 2018 sono stati raggiunti numerosi obiettivi:

- contributo ai pazienti per:
  - ◇ il rimborso alle spese di trasporto per visite neurologiche e fisioterapiche;
  - ◇ palestra con assistenza di tutor
  - ◇ rieducazione motoria;
- finanziamento per il progetto: **riabilitazione vocale "Liedtherapy"** con la Dr.ssa Noè per il 4° anno consecutivo;
- finanziamento al progetto di auto-mutuo-aiuto con la Psicologa per gruppo di pazienti e famigliari;
- finanziamento al nuovo progetto **tempo libero**, in collaborazione con i volontari della Croce Rossa di Paderno Dugnano promuovendo gite fuori porta dei pazienti accompagnati dai volontari.
- lavori di ristrutturazione di due ampi locali messi a disposizione dalla Clinica San Carlo per la realizzazione del centro AISA LOMBARDIA CENTER a Paderno Dugnano: sono state avviate le lezioni di Liedtherapy e incontri per il tempo libero;
- si è tenuto il Convegno **Medico AISA** in collaborazione con la Clinica San Carlo: "**La Clinica San Carlo di Paderno Dugnano scende in campo al fianco di AISA per la lotta alle sindromi Atassiche**".
- collaborazione con Istituto Besta di Milano per l'inserimento di due nuove figure mediche, neurologo e fisiatra, che attualmente svolgono l'attività presso l'ambulatorio delle atassie;
- proseguimento con EUROATAXIA tramite AISA NAZIONALE;
- collaborazione con AISA Nazionale per finanziamento della ricerca sull'atassia spino cerebellare di tipo SCA1 a Ferrara;
- contributo per il co-finanziamento di una borsa di studio per l'attività di ricerca: "**Validazione di strategie terapeutiche basate sul gene editing per la cura dell'atassia spinocerebellare di tipo 1 e di tipo 2 (SCA1 e SCA2)**", Responsabile Prof.ssa Peggy Marconi – Università di Ferrara;
- supporto attivo ed economico per la salvaguardia delle attività alberghiere e sportive per disabili dell'Hotel Lago Losetta a Sestriere e dell'Associazione Freewhite;
- rinnovo dell'iscrizione a Ledha Milano (*Lega per i Diritti delle Persone con Disabilità*).

È proseguita la partecipazione alla trasmissione televisiva sul canale **Regionale di RAI3** (a cura del Corecom Lombardia) al fine di diffondere la conoscenza delle atassie e della nostra Associazione.

# **CLINICA SAN CARLO**

## **AUGURA BUONE VACANZE**

