

Clinica San Carlo - News

Indice:

- *Errori in Gastroenterologia: quali sono, come evitarli – Parte Seconda*Pag.2
Dott. Renzo Gullotta, Gastroenterologo, Clinica San Carlo
- *Così combatto l'infertilità maschile* Pag.4
Prof. Giovanni Maria Colpi, Urologo e Andrologo, Clinica San Carlo
- *La riparazione chirurgica del seno stenotico*..... Pag.5
Dott. Luca Maione, Chirurgo Plastico, Clinica San Carlo
- *La squadra del cuore*..... Pag.7
Dott. Bernardo Cortese, Cardiologo, Clinica San Carlo
- *Due nuovi Primari alla San Carlo* Pag.9
- *Prossimi Eventi* Pag.11

ERRORI IN GASTROENTEROLOGIA: QUALI SONO, COME EVITARLI Parte Seconda

Dott. Renzo Gullotta

Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
Clinica San Carlo

La Malattia da Reflusso Gastro-esofageo (MRGE)

Si definisce malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) il corteo sintomatologico o le complicanze legate al reflusso patologico di contenuto gastrico in esofago. Si tratta di una patologia estremamente frequente (prevalenza del 24% in Europa), che può avere un'influenza negativa sulla qualità della vita e che è responsabile di costi assai elevati per la comunità.

I sintomi **tipici** della MRGE sono la piroisi e i rigurgiti acidi; esistono anche sintomi cosiddetti **atipici**, quali la tosse, le laringiti, la faringodinia o le toracoalgie, che però non sono assolutamente patognomoniche, potendo essere attribuibili anche a patologia extradiigestiva.

La MRGE è probabilmente la patologia che induce il maggior numero di richieste di esami gastroscopici; queste sono purtroppo inappropriate in un elevato numero di casi. Ad esempio non viene ritenuto necessario un approfondimento gastroscopico nel paziente giovane che presenta sintomi tipici e non ha sintomi d'allarme, quali disfagia o calo ponderale o vomito: in questi casi si ritiene corretto intraprendere direttamente un trattamento empirico. E' anche da tener presente che l'esame endoscopico deve avere come obiettivo principale la diagnosi delle complicanze della malattia (stenosi, esofago di Barrett...); infatti le lesioni esofagiche, indicative con certezza di reflusso patologico, si riscontrano in meno della metà dei reflussori veri, mentre gli altri hanno un reperto endoscopico di normalità.

Nella MRGE esistono poi aspetti clinici che richiedono approfondimenti con ulteriori esami strumentali, come la **pH-impedenziometria esofagea** (che permette di valutare la presenza e il tipo di reflusso) e la **manometria esofagea** (che studia la motilità del viscere). Si ricorre a tali approfondimenti nei casi in cui permanga il dubbio sull'effettiva presenza di reflusso patologico, o se si ponga l'ipotesi diagnostica alternativa di alterazioni della motilità esofagea, o nei casi in cui ci sia il sospetto di reflusso persistente malgrado adeguato trattamento con inibitori della secrezione acida (PPI).

Nei casi, piuttosto numerosi (dal 20 al 60%), di sintomi attribuiti al reflusso ma resistenti alla terapia, è importante prendere in considerazione altre diagnosi diverse dalla MRGE.

Errori da evitare nella MRGE

Errore n. 1 – Non prendere in considerazione una diagnosi di acalasia in pazienti con rigurgito notturno

L'acalasia è un raro disordine della motilità esofagea dovuto all'assenza di una normale peristalsi e ad un incompleto rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore. I sintomi più frequenti sono la disfagia e il dolore toracico, e si può verificare anche rigurgito come conseguenza di un incompleto svuotamento dell'esofago. In alcuni pazienti acalasici il rigurgito notturno può essere l'unico sintomo. Poiché in alcuni casi la sintomatologia si può confondere con quella del reflusso GE, è raccomandabile l'esecuzione di una manometria esofagea nei pazienti con sintomi da reflusso resistenti al PPI e prima di un'eventuale terapia chirurgica anti-reflusso.

Errore n. 2 – Non pensare ad una sindrome da ruminazione in pazienti con rigurgito pre- e post-prandiale

La sindrome da ruminazione è un disturbo funzionale caratterizzato dal rigurgito non forzato, dallo stomaco al cavo orale, di cibo che viene poi reinghiottito o sputato. I pazienti che ne sono affetti spesso si autodefiniscono come 'affetti da reflusso'. La diagnosi della sindrome richiede un'attenta anamnesi: i sintomi in genere iniziano entro 10' dalla fine di un pasto e non si verificano durante il sonno. Non c'è beneficio dall'assunzione di farmaci inibitori della secrezione acida o antinausea. Un ausilio diagnostico può derivare dalla manometria esofagea.

Errore n. 3 – Attribuire sempre a reflusso GE sintomi faringo-laringei isolati

E' difficile stabilire l'esatto ruolo del reflusso GE nei disturbi della sfera otorinolaringoiatrica.

Alcuni segni laringoscopici, come ad esempio l'eritema, l'edema delle corde vocali, l'ipertrofia della commissura posteriore, il granuloma, possono avere una correlazione col reflusso. Nondimeno la specificità di questi segni come indicativi di reflusso è scarsa, ed alcune lesioni laringee si possono riscontrare fino al 70% dei soggetti asintomatici. Pertanto, la presenza di sintomi della sfera ORL o di segni laringei non è sufficiente per porre diagnosi di MRGE. Inoltre la risposta al PPI non è attendibile poichè in questo gruppo di pazienti c'è un forte effetto placebo. Per confermare la diagnosi di MRGE è pertanto altamente raccomandabile, in questi casi, l'esecuzione di una pH-impedenziometria esofagea.

Errore n. 4 – Fare una diagnosi di MRGE basandosi solo sulla risposta al PPI

Fare un PPI test, che consiste nella verifica della risposta clinica dopo 2 settimane di terapia con un PPI a dose doppia, è un approccio pragmatico alla diagnosi di MRGE. E' stato però dimostrato che tale approccio induce una risposta positiva nel 69% dei reflussori, ma anche nel 51% dei non reflussori, e pertanto la risposta positiva al PPI non può fare porre con certezza diagnosi di MRGE, potendo essere presenti anche altre condizioni patologiche in cui la componente acida possa fungere da cofattore.

Errore n. 5 – Inviare alla terapia chirurgica anti-reflusso tutti i pazienti con sintomi resistenti ai PPI

Fino al 60% dei pazienti con MRGE non ha una risposta piena al PPI. Le ragioni di ciò potrebbero essere un incompleto controllo della secrezione acida gastrica, una ipersensibilità al reflusso o una sintomatologia funzionale (almeno 1/3 dei non responders al PPI ha patologia funzionale).

Questi pazienti non devono essere inviati per una chirurgia anti-reflusso, se non dopo essere stati adeguatamente studiati con pH-impedenziometria esofagea.

Errore n. 6 – Trascurare, nei pazienti con eruttazioni, un'origine 'sopragastrica' del sintomo

Eccessive eruttazioni sono associate sia con la dispepsia che con la MRGE. L'eruttazione si può distinguere in 'gastrica' e sopragastrica'.

Le eruttazioni 'gastriche' sono dovute a rilasciamenti della giunzione esofago-gastrica con risalita di aria. Le eruttazioni 'sopragastriche' sono invece dovute ad anomalie comportamentali, rappresentate dall'aspirazione di aria in esofago e dalla sua espulsione prima che raggiunga la cavità gastrica.

La maggior parte dei pazienti che riferiscono eccessive eruttazioni hanno un'eruttazione 'sopragastrica' e non una MRGE. Il fenomeno non si presenta se il paziente tiene la bocca aperta. Una pH-impedenziometria può essere di ausilio nell'inquadramento diagnostico.

Prof. Giovanni Maria Colpi

Direttore Scientifico
Dipartimento di Andrologia e Riproduzione Medicalmente Assistita
Clinica San Carlo

Articolo comparso su **IL GIORNO** (28.04.2018)

SABATO 28 APRILE 2018 **IL GIORNO** **CRONACHE** 11 ..

SOS SALUTE

IL DIBATTITO SCIENTIFICO
LUMINARI DA TUTTO IL MONDO
ALLA CLINICA SAN CARLO DI PADERNO
PER CONFRONTARE LE ULTIME RICERCHE

«Così combatto l'infertilità maschile»

Le linee guida e gli oltre 900 interventi del professor Colpi

di **MARIANNA VAZZANA**

APPROFONDIRE le cause d'infertilità maschile, prevenirle e confrontarsi sul ruolo dell'andrologo nei centri di procreazione medicalmente assistita. Temi che sono stati al centro di un seminario coordinato dal professor Giovanni Maria Colpi, già direttore dell'unità operativa di Urologia, Andrologia e Riproduzione assistita, dell'Ospedale San Paolo di Milano e ora direttore scientifico del dipartimento di Andrologia e Procreazione assistita della Clinica San Carlo di Paderno Dugnano, che ha ospitato l'incontro.

Professore, cosa è emerso?
«Intanto mi preme sottolineare che "The Andrologist in the IVF Center" si è svolto col patrocinio della Società italiana di andrologia e della Società italiana di riproduzione umana e ha messo a confronto alcuni tra i più prestigiosi opinion leader dell'andrologia europea. È emerso moltissimo: parlando di fattori di rischio che possono compromettere la fertilità maschile, il professor Zsolt Kopa, dell'Università di Budapest, ha posto l'accento sulla potenziale pericolosità delle radiofrequenze e dell'uso incongruo di alcuni dispositivi elettronici. Mentre il professor Gerhard Haidl dell'Università di Bonn ha citato alcuni "alleati", come gli integratori ali-

nello sperma) venivano considerati senza chance. Oggi no. Questi soggetti sono di due tipi: ostruttivi, che hanno le vie seminali chiuse o assenti, da cui gli spermatozoi "non possono uscire" - in questo caso il problema si risolve semplicemente - e non ostruttivi, per i quali il problema è più serio. Una certa percentuale di loro può avere piccole aree nei testicoli in cui avviene la produzione di spermatozoi, che possono essere utilizzati per la fecondazione in vitro. In questo caso si interviene con la "Micro Tese". **Come?**
«Apro il testicolo "a libro", lo guardo al microscopio a 15-36 ingrandimenti e, se trovo dei tubuli seminiferi con un calibro maggiore rispetto agli altri, probabilmente in essi potrò trovare spermatozoi».

Il messaggio è non scoraggiarsi?
«Sì. È facile scoprire qual è il problema e si può intervenire in modo mirato. Il recupero chirurgico di spermatozoi va dal 17 al 45 per cento dei casi con la "Tese", prelievo di un piccolo frammento di polpa testicolare, e con la «Micro Tese» dal 43 al 63 per cento dei casi. Molti azoospermici vengono impropriamente indirizzati d'ufficio all'inseminazione da donatore: noi abbiamo moltissimi bambini nati sani da pazienti operati con "Micro Tese"».

DIRETTORE Giovanni Maria Colpi a capo dell'Andrologia di Paderno



mentari. Ma questi sono solo alcuni degli esperti intervenuti.

Consigli per prevenire l'infertilità?
«Il caldo è uno degli elementi più dannosi per la spermatogenesi. Non utilizzare, quindi, vestiti attillati o troppo pesanti e usare protezioni se si svolgono lavori che espongono ad alte temperature. E ancora: utilizzare precauzioni quando si va nelle saune, cercare di vivere in ambienti sani, perché pesticidi, insetticidi, diossine e metalli pesanti lavorano come di-

sturbatori endocrini. Pure certi farmaci usati di solito per il culturismo, cannabis, oppioidi e cocaina alterano l'equilibrio ormonale da cui dipende la produzione degli spermatozoi. Altri fattori di rischio sono l'obesità, l'alcolismo e il tabagismo».

Lei è uno dei massimi esperti di «Micro Tese», avendo eseguito oltre 900 interventi. In cosa consiste?
«Una premessa: fino a una ventina d'anni fa, i soggetti azoospermici (che non hanno spermatozoi

I CONSIGLI

1 Possibili fattori di rischio

Radiofrequenze e abuso di dispositivi elettronici
Stupefacenti, obesità e tabagismo
Anche il caldo può essere dannoso

Cosa è meglio evitare **2**

Vestiti attillati o troppo pesanti
Ambienti insalubri con alta concentrazione di pesticidi, diossina e metalli pesanti

3 Rivolgersi sempre agli esperti

Mai scoraggiarsi e contattare sempre uno specialista
Una volta scoperta la causa si può intervenire in maniera mirata

© RIPRODUZIONE ASSOCIATA

LA RIPARAZIONE CHIRURGICA DEL SENO STENOTICO

Dott. Luca Maione
Chirurgo Plastico
Clinica San Carlo

La chirurgia mammaria rappresenta un ambito in cui il chirurgo plastico svolge ampiamente il suo ruolo estetico e ricostruttivo. Le due componenti di tale chirurgia coesistono quando è necessario ricostruire una forma esteticamente gradevole in pazienti sottoposte a resezione per un tumore o nei casi di malformazione mammaria.

In particolare, la chirurgia malformativa mammaria contempla forme conclamate quali il seno tuberoso e forme moderate definite “seno stenotico”. Con il termine seno stenotico si intende una morfologia mammaria in cui si evidenziano una o più caratteristiche anatomiche dismorfiche quali un mantello cutaneo contratto, un’iporappresentazione ghiandolare nei quadranti mediale e laterale inferiori, una base di impianto mammario costretta, un’elevazione anormale del solco sottomammario, un’erniazione areolare con o senza base di impianto mammario costretta.

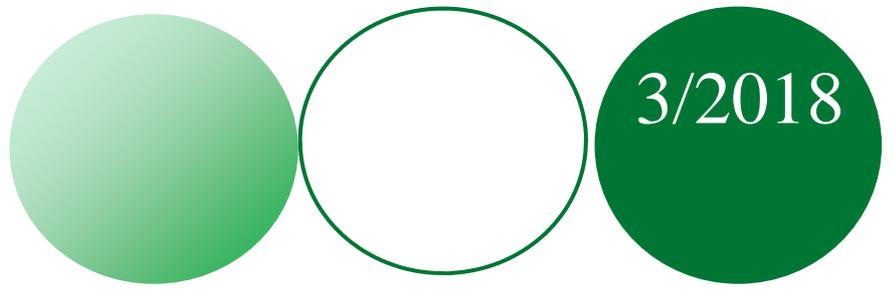
Recentemente, insieme ai miei colleghi plastici abbiamo pubblicato *sull’Aesthetic Plastic Surgery Journal*, rivista internazionale della società internazionale dei Chirurghi Estetici ISAPS, in collaborazione con il nostro gruppo di ricerca dell’Università degli Studi di Milano, un interessante studio epidemiologico che rivela come tale entità sia molto frequente nella popolazione generale, in particolare in pazienti che richiedono interventi di mastoplastica additiva e riduttiva.

Tale studio è un’analisi retrospettiva basata sulla valutazione delle immagini preoperatorie di 1600 pazienti di sesso femminile caucasiche ricoverate da gennaio 2009 a luglio 2014 per interventi di aumento o riduzione del volume mammario o per altre patologie mammarie. Le pazienti dello studio sono state divise in tre gruppi di 400 pazienti a seconda se necessitavano di mastoplastica additiva o riduttiva, piuttosto di altro intervento mammario (popolazione generale).

Nei due gruppi di pazienti che richiedevano un intervento estetico (mastoplastica additiva o riduttiva), un totale di 194 pazienti (48,5%) e 189 casi (47,3%), rispettivamente, hanno dimostrato almeno una manifestazione di morfologia mammaria stenotica mentre nella popolazione generale tale quadro mammario risultava sempre presente ma meno frequentemente con un totale di 221 pazienti (27,6%) con almeno una caratteristica.

Questo studio ha rivelato un’alta prevalenza di morfologia stenotica mammaria nella popolazione generale e in particolare nelle donne che ricercano l’aumento del seno o la riduzione del seno (circa il 50% delle pazienti).

Tale osservazione ha un diretto riscontro nella pratica clinica in quanto un intervento estetico di incremento o riduzione del volume mammario in casi di seno stenotico risulta più complesso richiedendo competenze chirurgiche avanzate il cui obiettivo non sia solo quello di agire sul volume mammario ma anche sulla forma del seno per correggere le caratteristiche che determinano la morfologia stenotica.



Su questo tema in particolare, abbiamo ideato un algoritmo diagnostico e terapeutico per questo tipo di condizione mammaria che è poi stato pubblicato *sull'Aesthetic Plastic Surgery Journal*.

Da tale lavoro è derivata una nuova classificazione del seno stenotico e tuberoso con manovre chirurgiche dedicate a tutte le differenti manifestazioni per il quale è attualmente in corso un ampio dibattito nella comunità scientifica dei chirurghi plastici ed estetici.

Tale classificazione risulta estremamente completa nella valutazione della forma del seno mentre i risultati hanno confermato l'adeguatezza dell'approccio grazie ad una pianificazione preoperatoria appropriata con un miglioramento netto dell'esito chirurgico globale.

In conclusione, la chirurgia estetica mammaria, come tutti i campi della Medicina, vede un rinnovamento continuo nelle tecniche e negli approcci che è al passo con il tempo e le modificazioni che esso impone ai pazienti ed alle abitudini di vita, pertanto ciò che era infrequente una decina di anni fa, come ad esempio il seno stenotico, è ora sempre più evidente e la buona pratica clinica richiede di dare risposte efficaci a tali cambiamenti.

Prof. Bernardo Cortese

**Responsabile U.O. Cardiologia e UCC
Clinica San Carlo**

Articolo comparso su IL GIORNO (13/7/2018)



Una rivoluzione fatta con il cuore

Per la prima volta in Italia impiantato uno stent che si riassorbe

A MARCHETTA ABI
FOTO: P. PAVANI

UNA NUOVA generazione di scaffold che rappresenta il futuro della medicina. In particolare, alla Clinica San Carlo di Paderno Dugnano, è stato scritto un pezzo di storia della cardiologia interventivistica. È stato impiantato, per la prima volta in Italia, il Fusion 360, uno stent coronarico riassorbibile in scaffold apertivo. Gli stent vengono utilizzati per dilatare le arterie coronarie in caso di restringimenti, e quelli tradizionali rimangono in pieno metallo che chi non possono più essere tolti dal paziente. Lo scaffold invece si dissolve nella coronaria nel giro di 3 e 3 mesi, lasciando aperta. Riducendo notevolmente il rischio di trombosi e durante il tempo dell'intervento. La scelta del dispositivo riassorbibile era già stata indicata da Abbott e da una linea di prodotti di prima generazione che presentavano alcuni limiti.

«TECNOLOGIE che erano entrate in commercio nel 2011 e che, dopo aver fatto il loro corso, non hanno preso piede. Il Fusion invece fa parte di una generazione 2.0, spiega il dottor Bernardo Cortese, primario di Cardiologia al San Carlo, che ha eseguito l'intervento. Cortese è direttore del reparto da pochi settimane. Ha maturato una lunga esperienza nella ricerca clinica, sulla base soprattutto di una lunga esperienza nella ricerca clinica, sulla base soprattutto di una percentuale molto bassa e indicata



ALLA SAN CARLO Un pezzo di storia della cardiologia interventivistica

in 41%, possono presentare dei rischi di coagulazione. Da qui sono nate le nuove tecnologie, come il pallone medicato e gli scaffold. Proprio per l'esperienza del primario il San Carlo è stato selezionato come primo centro in Italia. Il Fusion 360 (distribuito da Bioscienze) ha due particolarità: consente la marcatura Cc e presenta caratteristiche di minori dimensioni di riassorbimento e di lotta,

quantando un'impalcatura altrettanto solida dei dispositivi metallici. Fino a oggi sono utilizzati in Germania, in Svizzera, e ora in Italia.

MA HRL, un'equipe guidata da Bernardo Cortese e composta da cardiologi, infermieri, fellow ed anestesisti, ha impiantato lo scaffold sul primo paziente, un uomo di 78 anni che è stato operato in anestesia locale, con un catetere che dal braccio ha raggiunto il cuore, imbracciando la coronaria per somministrare un filo guida di metallo. La visuale della coronaria è stata ottenuta con i raggi X e un mezzo

di contrasto. «Abbiamo un'esperienza di 10 anni», racconta Bernardo Cortese. «Offriamo ai nostri pazienti ciò che c'è di meglio». Il Fusion è differente dalla prima generazione di scaffold Abbott - aggiunge Cortese. «Manteniamo, vicepresidente di HRL, l'azienda americana produttrice del dispositivo - il design il materiale: il Tynorin, un polimero che consente anche una percentuale di rotazione. È forte, flessibile, ha una compatibilità totale ed è biocompatibile. È l'unico scaffold radio-opaco, quindi visibile sotto i raggi X. È il risultato principale, ottenuto su 100 pazienti a chi è stato impiantato, sono molto promettenti».

FOCUS

Il camice bianco

Bernardo Cortese, primario di Cardiologia, ha eseguito l'intervento. Cortese è direttore del reparto da pochi settimane. Ha maturato una lunga esperienza nella ricerca clinica.



Il paziente

Un uomo di 78 anni operato in anestesia locale con un catetere che dal braccio ha raggiunto il muscolo cardiaco attraverso un filo guida di metallo di 0,014 pollici di diametro.



Due Nuovi Primari alla San Carlo

Nel mese di Giugno la Clinica San Carlo si è arricchita della collaborazione di due Neo-Primari **di assoluto pregio**: il dott. Roberto Buzzoni alla U.O. di Oncologia medica e il dott. Bernardo Cortese alla U.O. di Cardiologia.

Ai due Neo-Primari vanno i nostri più sinceri auguri di Buon lavoro!



Dott. Roberto Buzzoni: medico specialista in Oncologia ed Endocrinologia Sperimentale.

Tutta la sua storia medica si è svolta dal quarto anno di Laurea in Medicina fino al giugno 2018 all'Istituto Nazionale Tumori di Milano.

Dopo la Laurea ha percorso la sua carriera da borsista, assistente, vice-direttore ed infine Direttore della struttura complessa Day Hospital/Terapia Ambulatoriale Oncologica della stessa istituzione. Questo gli ha permesso di collaborare con strutture oncologiche italiane ed internazionali nell'ambito di protocolli di ricerca principalmente rivolti alle neoplasie mammarie, ai tumori gastroenterici e ai tumori neuroendocrini.

E' stato *Principal Investigator* in molteplici trials di ricerca nazionali ed internazionali, nonché Professore a contratto in Oncologia per l'Università degli Studi di Milano. Questo gli ha permesso di essere autore di oltre 220 pubblicazioni censite su Pubmed.

E' interessato principalmente alle neoplasie gastroenteriche, polmonari e mammarie. Inoltre è membro attivo di numerose società scientifiche nazionali ed internazionali.

Nell'ambito dei tumori neuroendocrini fa parte della Società ENETs e ha diretto insieme al *Dr. Mazzaferro* il *Tumor Board* Istituzionale inerente questa patologia.



Dott. Bernardo Cortese: cardiologo interventista, è Fellow della Società Europea di Cardiologia e membro del Comitato Scientifico della Società Italiana di Cardiologia Interventistica GISE. E' l'ideatore e il coordinatore della *Fellowship in complex coronary interventions*, riconosciuta dalla Società Europea di Cardiologia, nonché professore a contratto per l'Università degli Studi di Milano ed ha l'affiliazione scientifica con la Fondazione Monasterio-CNR di Massa e Pisa. E' faculty permanente per i Corsi in cardiologia interventistica EuroPCR, TCT e CRT.

Ha al suo attivo oltre 200 pubblicazioni scientifiche censite su Pubmed, inoltre ha partecipato come *Principal Investigator* ad una trentina di studi multicentrici.

Dal punto di vista operatorio ha effettuato oltre 3.000 angioplastiche coronariche e 600 angioplastiche periferiche.

La sua attività operatoria e di ricerca si è sviluppata prevalentemente nei campi dell'innovazione in ambito cardiovascolare (pallone medicato, scaffold riassorbibile), approccio percutaneo transradiale, farmacologico per i farmaci antitrombotici, *imaging* intravascolare.

PROSSIMI EVENTI



**SELF-APPOSING STENT:
WHEN, HOW AND WHERE**

Wednesday 25th July 2018, 10:30 -15:00
Clinica San Carlo, Paderno Dugnano (MI)

Course directors: Bernardo Cortese*, **Gennaro Sardella****

* Clinica San Carlo ** Policlinico Umberto I, Università La Sapienza di Roma

10:30 – 11:00	When and how to use a Self-Apposing stent
11:00 – 11:30	Tutorial step by step on Xposition S procedure
11:30 – 12:00	How to treat a Left Main with a Self-Apposing stent
12:00 – 12:15	Coffee Break
12:15 – 12:45	How to treat a vessel with heavy thrombus load with a Self-Apposing stent
12:45 – 13:15	Clinical Data Update
13:15 – 14:00	Lunch
14:00 – 15:00	Clinical cases discussion





RAZIONALE SCIENTIFICO

Il fenomeno della violenza di genere coinvolge ogni anno milioni di donne in tutto il mondo. L'accesso in Pronto Soccorso delle vittime di qualsivoglia tipologia di violenza domestica è un fenomeno con un alto livello di sommerso. Solo il 3% delle pazienti fornisce volontariamente informazioni agli operatori sanitari e si registrano ancora numerosi abbandoni da parte delle donne. Il personale sanitario spesso è impreparato ad accogliere ed assistere queste pazienti, che vedono il Pronto Soccorso come il luogo dove chiedere aiuto. Compito degli operatori di PS è identificare il problema, stratificare il rischio e fornire alle donne un percorso di assistenza in collaborazione con la rete di professionisti del territorio. Scopo di questa giornata è sensibilizzare il personale sanitario al contrasto di questo fenomeno, garantendo strategie operative efficaci per l'assistenza delle donne vittime di violenza.

OBIETTIVI FORMATIVI

Sensibilizzare gli operatori sanitari al riconoscimento del fenomeno della Violenza di Genere e fornire strumenti pratici per la presa in carico e l'assistenza delle vittime di violenza domestica.

CLINICA SAN CARLO

CASA DI CURA PRIMATA POLISPECIALISTICA
Via Ospedale, 21 - 20037 Paderno Dugnano (MI)
www.clinicasancarlo.it

DIRETTORE SANITARIO
Dr. Gianluca Merlano

L'evento è realizzato in collaborazione con



Con il patrocinio di



L'iniziativa è parte del progetto "Il Circolo virtuoso"

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità





RESPONSABILE SCIENTIFICO E RELATORE

Dr. Carlo Maino
Medico di Pronto Soccorso
Clinica San Carlo Paderno Dugnano (MI)

ALTRI RELATORI

Dr.ssa Paola Aquaro
Psicologa, Telefono Donna Milano

Stefania Bartocetti
Fondatrice e Coordinatrice di Telefono Donna

Greta Busillo
Infermiera di Pronto Soccorso
Clinica San Carlo Paderno Dugnano (MI)

Avv.to Monica Cossandi
Avvocato, Telefono Donna Milano

Dr.ssa Elisa Re
Psicologa, Telefono Donna Milano

Roberto Rossi
Vice Ispettore Polizia di Stato di Como

**PROVIDER ECM
E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

SERVIZIO FORMAZIONE
Clinica San Carlo Paderno D. no (MI)
Tel 02 99 03 82 52
ufficio.formazione@clincicasancarlo.it

PROVIDER CODICE 810264
ACCREDITATO CON IL SISTEMA REGIONALE LOMBARDO
DECRETO N. 4623 DEL 05/06/2015 SCADENTE IL 31/12/2018

PROGRAMMA

**LA VIOLENZA DI GENERE:
IL NASCOSTO CHE VEDIAMO**

VENERDÌ 19 | OTTOBRE 2018

19 OTTOBRE 2018 (4 ore)

14.00	Saluti Istituzionali	
14.10 - 14.50	Il fenomeno della violenza domestica e il sostegno alle vittime (breve video introduttivo ed analisi dei dati territoriali, italiani e mondiali)	S. Bartocetti
14.50 - 15.30	Il ruolo del Pronto Soccorso: saper riconoscere e indirizzare. Procedure operative medico-infermieristiche	C. Maino G. Busillo
15.30 - 16.20	L'integrazione tra Centro Antiviolenza e Pronto Soccorso e l'accoglienza della donna vittima di maltrattamento anche alla luce delle linee guida nazionali	P. Aquaro E. Re
	Coffee break	
16.40 - 17.10	Esperienza delle Forze dell'Ordine in relazione alle buone prassi di gestione delle vittime di violenza	R. Rossi
17.10 - 17.50	L'importanza di un idoneo accompagnamento verso la conoscenza delle procedure legali più adeguate per la fuoriuscita dalla violenza	M. Cossandi
17.50 - 18.30	Discussione, compilazione questionari ECM e chiusura dei lavori	

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