



Allergonet 2025
29 maggio 2025 - 13 novembre 2025
Istituti Clinici Scientifici Maugeri
via Camaldoli 64, 20138 Milano

con il Patrocinio S.I.C.O.A.

Ble & Associates srl

Numero Ecm: 5357 – 444377 Edizione 1, RES

Responsabili Scientifici: Dr.ssa Azzurra Cesoni Marcelli, dr.ssa Federica Rivolta, dr. Federico Pane

Obiettivo formativo: Documentazione clinica, percorsi clinico assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di cura.

Destinatari dell'attività formativa: Medici Chirurghi specializzati in Allergologia e Immunologia Clinica, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Pediatria, Otorinolaringoiatria, Dermatologia e Venereologia.

Data di inizio e di fine: 29 maggio 2025 - 13 novembre 2025

Ore formative: 8

Numero dei crediti assegnati: 8

Allergonet è nato durante il difficile periodo della pandemia, con lo spirito e la voglia di creare un momento di confronto “in rete” tra specialisti alla pari, una sorta di tavola rotonda virtuale basata sulla discussione delle esperienze cliniche di “real-life” di particolare rilevanza in ambito allergologico e pneumologico. Nelle diverse edizioni l'interesse a presenziare è cresciuto, così come l'esigenza di cercare e dare suggerimenti e risposte finalizzate alla gestione ottimale della patologia e del paziente, nonché la curiosità di conoscere il know-how delle tante eccellenze riconosciute in ambito ospedaliero.

Da questi presupposti nasce l'idea di affrontare questa nuova edizione, proseguendo con quanto già iniziato in precedenza, nell'ottica della necessità di un approccio al paziente sempre più spesso multidisciplinare e dell'importanza della condivisione e del trasferimento reciproco delle esperienze, dando vita ad una vera e propria “rete” che permetta ai vari specialisti di sedere allo stesso tavolo e discutere insieme tematiche di interesse, partendo dalla “real-life” degli ambulatori. L'occasione è quella di affrontare le diverse tematiche allergologiche e pneumologiche emerse dall'analisi dei casi clinici presentati attraverso un approccio multidisciplinare interattivo. L'obiettivo è quello di creare una rete plurispecialistica che attraverso il confronto reciproco possa produrre metodi riproducibili e linee guida utili nello svolgimento delle attività quotidiane.

ble & associates s.r.l.

Via Paul Harris snc - angolo Piazza della Costituzione 4, Caserta

P.I. 04104580610 | segreteria@bleassociates.it | www.bleassociates.it

PROGRAMMA 29 MAGGIO 2025

- 15.15 Registrazione Partecipanti
- 15.30 Introduzione, presentazione e obiettivi del Corso: asma & Co., gestione del paziente allergologico a 360 gradi - *Azzurra Cesoni Marcelli, Federico Pane, Federica Rivolta*
- 16.00 Imprevisti e Probabilità nel percorso diagnostico-terapeutico in asma grave...si possono affrontare se si lavora secondo SCIENZA e COSCIENZA! - *Giuseppina Manzotti*
- 16.30 Storia di un paziente veramente “poliallergico”: percorso diagnostico-terapeutico nell’asma grave con infiammazione di tipo 2”- *Marta Piantanida*
- 17.00 Ma sarà solo asma grave? - *Cristiano Bonacina*
- 17:30 Near fatal asthma: caso clinico e revisione della letteratura- *Mona Rita Yacoub*
- 18:00 Caso clinico di laringospasmo: scenari diagnostici - *Stefania Merli*
- 18.30 Allergia alimentare alla carne rossa – La sindrome alfa-gal (AGS) - *Eleonora Bono*
- 19.35 Discussione Finale - *Tutti*
- 19.45 Take home message – *Azzurra Cesoni Marcelli, Federico Pane, Federica Rivolta*
- 20.00 Chiusura Lavori

PROGRAMMA 13 NOVEMBRE 2025

15.45 Registrazione Partecipanti

16.00 Introduzione, presentazione e obiettivi del Corso - *Azzurra Cesoni Marcelli, Federico Pane, Federica Rivolta*

16.15 EGPA e ABPA, una relazione affascinante - *Alessandro Maria Marra*

16.55 Il paziente complicato. Red flags per la valutazione multidisciplinare - *Carlotta Pipolo*

17.35 EGPA e Poliposi Nasale (CRSwNP): quando il gioco si fa duro! - *Giulia Gramellini*

18.15 Gestione dei pazienti con fenotipo Th2 low nella pratica clinica - *Giovanni Paoletti*

18.55 AGEP (Acute Generalized Exanthematous Pustulosis) dopo cefazolina e iomeprolo.
Ipersensibilità a mezzi di contrasto iodati - *Chrys Stafylaraki*

19.35 Discussione Finale - *Tutti*

19.45 Take home message - *Azzurra Cesoni Marcelli, Federico Pane, Federica Rivolta*

20.00 Chiusura Lavori

ACRONIMI

AGS - sindrome alfa-gal

EGPA – sindrome di Churg Strauss

ABPA – aspergilloso bronco polmonare allergica

CRSwNP – Poliposi nasale

AGEP - Acute Generalized Exanthematous Pustulosis

FACULTY

Nome E Cognome	Laurea	Specializzazione	Affiliazione
<i>Azzurra Cesoni Marcelli</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Assistente Medico Fascia A Presso Reparto Di Medicina Interna A Indirizzo Geriatrico, Ics Maugeri Milano Camaldoli</i>
<i>Federica Rivolta</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Dirigente Medico Presso S.C. Medicina -Immunologia E Allergologia Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Di Milano</i>
<i>Federico Pane</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Malattie Dell'apparato Respiratorio</i>	<i>Medico Specialista In Malattie Apparato Respiratorio Presso Ambulatorio Asst Melegnano-Martesana</i>
<i>Giuseppina Manzotti</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Responsabile Servizio Di Allergologia Casa Di Cura Palazzolo, Bergamo</i>
<i>Marta Piantanida</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Sc Allergologia E Immunologia Asst G.O.M. Niguarda, Milano</i>
<i>Cristiano Bonacina</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Malattie Dell'apparato Respiratorio</i>	<i>Responsabile Ss Utir (Unità Di Terapia Intensiva Respiratoria), Referente Ambulatorio Allergologia Respiratoria E Asma Grave E Ambulatorio Disturbi Respiratori Del Sonno, Sc Pneumologia-Poc -Vimercate</i>
<i>Mona Rita Yacoub</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Area Allergologica Dell' unità Di Immunologia, Reumatologia, Allergologia E Malattie Rare -Irccs Ospedale San Raffaele Milano</i>
<i>Stefania Merli</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Uo Medicina Generale 1 Fondazione Irccs Policlinico San Matteo Di Pavia</i>
<i>Eleonora Bono</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Scuola Di Specializzazione In Allergologia E Immunologia Clinica -Università Degli Studi Di Milano, Allergologia E Immunologia Clinica, Asst-Fbf-Sacco, Milano</i>
ble & associates s.r.l.			
Via Paul Harris snc - angolo Piazza della Costituzione 4, Caserta			



& associates

<i>Alessandro Maria Marra</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Uo Pneumologia Asst Rhodense - Presidio Ospedaliero Di Garbagnate Milanese</i>
<i>Giorgia Carlotta Pipolo</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Otorinolaringoiatria</i>	<i>Uo Otorinolaringoiatria Asst Santi Paolo E Carlo, Dipartimento Di Scienze Della Salute, Università Degli Studi Di Milano</i>
<i>Giulia Gramellini</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Otorinolaringoiatria</i>	<i>Associate Professor, Department Of Otorhinolaryngology, Diss, Università Degli Studi Di Milano</i>
<i>Giovanni Paoletti</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Assistant Professor In Internal Medicine, Hunimed - Allergist And Clinical Immunologist, Humanitas Research Hospital</i>
<i>Chrys Stafylaraki</i>	<i>Medicina E Chirurgia</i>	<i>Allergologia E Immunologia Clinica</i>	<i>Sc Allergologia E Immunologia, Asst G. O. M. Niguarda, Milano</i>

ble & associates s.r.l.

Via Paul Harris snc - angolo Piazza della Costituzione 4, Caserta

P.I. 04104580610 | segreteria@bleassociates.it | www.bleassociates.it



La sottoscritta **Barbara Colombo**,

in qualità di legale rappresentante di Ble & Associates srl (provider 5357)

DICHIARA

Che i CV sono archiviati dal Provider e a disposizione della Commissione per eventuali controlli,

Caserta, 26/02/2025

BLE & ASSOCIATES S.R.L.
V. Paul Harris, snc
81100 CASERTA
P. IVA 04104580610

Dott. Ssa Barbara Colombo

ble & associates s.r.l.

Via Paul Harris snc - angolo Piazza della Costituzione 4, Caserta
P.I. 04104580610 | segreteria@bleassociates.it | www.bleassociates.it

DESCRIZIONE CASI CLINICI

Dr.ssa Giuseppina Manzotti: Imprevisti e Probabilità...si possono affrontare se si lavora secondo SCIENZA e COSCIENZA!

Donna di settant'anni (classe 1953), a giugno 2023 veniva valutata per asma "late onset" con andamento ingravescente nel tempo e poliposi nasale già sottoposta a FESS nel 2020. In anamnesi: pregresso melanoma del dorso 20 anni fa con follow up negativo; 2016 TPSV con riscontro di IM e IAO di grado lieve in terapia con bisoprololo; pregressa colecistectomia per litiasi nel 2018; esofagite cronica da reflusso in terapia con PPI; orticaria con FANS e dubbia intolleranza a paracetamolo; rinite allergica da graminacee con picco di sintomi in età giovanile e Skin Prick Test positivi per graminacee ++++ e betulla ++. In regime di MAC test per paracetamolo ed etoricoxib con buona tolleranza. Manteneva follow up pneumologico per l'asma. A novembre 2023 rivalutazione per plurime riacutizzazioni e frequenti cicli di OCS. Si procedeva a massimizzazione della terapia inalatoria e a esami di rivalutazione. Emergeva un quadro di asma severo TH2 con componente allergica presente ma non eziopatogenetica. ANCA negativi. In particolare studiata con: TAC TORECE: negativa; non bronchiectasie. TAC Massiccio Facciale e visita ORL, prove di funzionalità respiratoria e FENO. Alla luce del quadro clinico veniva iniziato benralizumab nel pomeriggio del 28.11.23. Verso le 22 dello stesso giorno malessere con febbre e dispnea acuta, puntata ipertensiva e rash maculo-papulare con successivo accesso PS. Trattata con steroide e adrenalina nell'ipotesi di reazione allergica di ndd... a biologico? Non focolai all'Rx torace basale, esclusa TEP. ECG sostanzialmente negativo. Il giorno successivo trasferita in terapia intensiva per persistenza di febbre e incremento indici di miocardionecrosi, ma coronarografia d'urgenza negativa. In data 30.11. 23 TC torace di controllo: Riscontro di addensato parenchimale flogistico dx + lieve versamento pleurico consensuale. Successivamente trasferita in medicina. Visita cardiologica + RM cuore: acinesia della parete inferiore: dati suggestivi per ischemia recente o Takotsubo atipica, meno probabile ipotesi di miocardite. Studiata anche nell'ipotesi di EGPA: esclusa! In data 17.12.23 dimessa con diagnosi di "Broncopolmonite in Asma Severo e Ischemia cardiaca recente parete inferiore". Rivalutata in sede ambulatoriale: non elementi per giudicare l'accaduto come riconducibile a reazione avversa a benralizumab; verosimile concomitanza di quadro infettivo polmonare e picco ipertensivo e ischemia miocardica a ridosso di somministrazione del farmaco. In accordo con la paziente e la famiglia, con le dovute precauzioni, in regime protetto, con adeguata osservazione post-inoculo, si optava per nuova somministrazione di benralizumab. Procedura ben tollerata. Miglioramento del quadro di asma severo. Attualmente ancora in benralizumab a oltre un anno di distanza. Il caso si presta alle seguenti riflessioni: Feno-endo-tipizzazione del paziente. Criteri di scelta della terapia biologica e conoscenza dei biologici utilizzati in termini anche di effetti collaterali e/o reazioni avverse. Problematiche intercorrenti non legate all'asma, e imprevisti non legati all'asma. Rapporto medico-paziente.

Dr.ssa Marta Piantanida: storia di un paziente veramente “poliallergico”

Paziente maschio di anni 42, inviato dal prericovero, in attesa di intervento chirurgico di ernioplastica inguinale, ma ritenuto non idoneo dall'Anestesista per anamnesi di “pregresse reazioni allergiche a farmaci”. In realtà, all'anamnesi allergologica approfondita rilievo di:

- asma bronchiale in sindrome di Widal (poliposi nasale recidivante (3 interventi chirurgici) con residua anosmia + asma bronchiale + reazioni allergiche respiratorie a FANS imprecisati), per la quale il paziente non si è mai curato e non ha mai assunto terapie inalatorie bronchiali (scarso percettore di malattia).

- nel 2016 ricovero per anafilassi con sindrome di Kounis condizionante posizionamento di stent coronarici dopo somministrazione di ceftriaxone + ketorolac in P.S. per prostatite acuta: appena dimesso dal P.S., circa 1 ora dopo le terapie, comparsa di dispnea ingravescente, dolore toracico e addominalgia; veniva ricondotto in P.S. con arresto cardiaco in ambulanza, trattato con defibrillatore e adrenalina. Durante il successivo ricovero in Rianimazione eseguiva coronarografia con iodixanolo che evidenziava malattia trivasale, con successiva PTCA e impianto di stent su IVA media e su ramo intermedio prossimale; nelle ore successive comparsa di eritema cutaneo diffuso, broncospasmo, disfagia e vomito, trattato con salbutamolo e prednisone. Impostata terapia di fondo con pantoprazolo, lisina acetilsalicilato, imipenem/cilastatina e ticagrelor; per persistenza di rash cutaneo durante il ricovero, sospesa lisina acetilsalicilato e sostituito ticagrelor con prasugrel, che poi il paziente ha sospeso a domicilio per continua persistenza di rash cutaneo.

- nel 2022 durante infezione da SARS-Cov-2 accesso in P.S. per dispnea insorta 1 ora dopo aver assunto acido acetilsalicilico 400 mg effervescente, dal referto del P.S. "pallido, sudato, ipoteso, agitato, sibili e gemiti apicali bilaterali e alla base sinistra". Veniva trattato con ossigeno, aerosol di adrenalina e adrenalina intramuscolare. Da allora non più assunto alcun tipo di FANS.

- nel 2023 per faringotonsillite ha assunto e tollerato amoxicillina/clavulanato.
RAST (30/05/2024): IgE Totali (PRIST): 156 KU/L, IgE specifiche per Penicilloyl-G <0.1, Penicilloyl-V 0.18 (rapporto con PRIST: 0.001), Ampicillina <0.1, Amoxicillina <0.1, Cefaclor <0.1. Triptasi 7.4.

Al primo giorno di accesso in Day Hospital, riscontro di ostruzione bronchiale, con buona reversibilità dopo somministrazione di salbutamolo 400 mcg puff: spirometria pre-broncodilatazione: FEV1 2.57 (63%), FVC 4.35 (87%), FEV1/FVC 59, FEF25-75 1.36 (30%); post-broncodilatazione: FEV1 2.94 (72%), FVC 4.87 (98%), FEV1/FVC 60, FEF25-75 1.55 (35%). Impostata pertanto terapia inalatoria di fondo con beclometasone/formoterolo 100/6 spray 2+2, e prednisone 25 mg/die a scalare. Per mancato miglioramento della spirometria, al decalage dello steroide potenziata la terapia inalatoria con aggiunta di tiotropio inalatorio 2,5 mcg/die.

Al raggiungimento di migliori valori spirometrici con FEV1 3,29 (80%), FVC 5,01 (100%), IT 66, piccole vie aeree 57-43-36%, PEF 74%, sono stati eseguiti i test di tolleranza per farmaci: paracetamolo, etoricoxib, claritromicina, ciprofloxacina e clopidogrel, tutti tollerati, ed eseguite cutireazioni con estratti standardizzati di antibiotici betalattamici e di mezzi di contrasto iodati, risultati negativi.

Il paziente è stato infine valutato in ambulatorio multidisciplinare insieme a ORL e Pneumologo:

- TAC massiccio facciale: pansinusite polipoide, con parziale risparmio solo del seno frontale di sinistra e del seno mascellare omolaterale.
- TAC torace HR: negativa.
- citologia nasale: componente infiammatoria neutrofila, eosinofila e mastocitaria.

Veniva posta diagnosi di: poliposi nasale recidivante in paziente affetto da asma bronchiale T2-high di difficile controllo nonostante terapia inalatoria massimale. Alla luce del quadro clinico e radiologico è stata avviata terapia biologica con dupilumab 300 mg.

Il paziente ha eseguito l'intervento chirurgico di ernioplastica inguinale senza problemi.

Ha da poco intrapreso la terapia biologica con dupilumab con soggettivo miglioramento sia dell'anosmia sia del controllo dell'asma già dopo le prime iniezioni.

In conclusione, il paziente era realmente affetto da plurime comorbidità allergologiche (allergia a farmaci; asma bronchiale; poliposi nasale) che hanno richiesto una gestione anche in ambito multidisciplinare con i Colleghi ORL e Pneumologi per ottenere un pieno controllo.

Dr. Cristiano Bonacina: ma sarà solo asma grave?

Lo studio approfondito dei fenotipi ed endotipi dei pazienti affetti da asma grave ha permesso negli ultimi anni di mettere in evidenza elementi comuni con altre patologie sostenute da analoghi meccanismi etiopatogenetici, come ad esempio la CRSwNP. L'individuazione della flogosi T2 come elemento comune a queste patologie e lo sviluppo di terapie biologiche antagoniste di tale flogosi ha portato Pneumologi, Otorinolaringoiatri ed Allergologi a dialogare sempre più spesso tra di loro con lo scopo di trovare il trattamento migliore per pazienti complessi.

Il rationale di queste tavole rotonde nasce proprio da qui: creare una rete tra gli specialisti che possa accelerare il processo di fenotipizzazione ed endotipizzazione dei nostri pazienti e portare celermente al trattamento più idoneo e sicuro possibile.

Mona Rita Yacoub: Near fatal asthma: caso clinico e revisione della letteratura

La near fatal asthma (NFA) rappresenta una condizione rara ma conoscerne le caratteristiche e i fattori di rischio può permetterci l'impostazione di un iter diagnostico e terapeutico adeguato nel paziente potenzialmente a rischio. Viene descritto in caso di un paziente con NFA seguito dal team referente per asma grave di OSR fin dall'arrivo in terapia intensiva. Vengono inoltre discussi i dati disponibili in letteratura sui dati epidemiologici e sulle caratteristiche generali di tale condizione, che può portare a morte giovani asmatici altrimenti sani.

Stefania Merli: Caso clinico di laringospasmo: scenari diagnostici

Paziente maschio di 60 anni, sovrappeso, con anamnesi patologica remota priva di rilevanze. Non presentava storia personale né familiare di atopia. Nel luglio 2024, dopo il pranzo, sviluppava un episodio acuto di costrizione al giugolo associato a difficoltà respiratoria. Il paziente veniva valutato in pronto soccorso da un otorinolaringoiatra, che riscontrava edema laringeo e iniziale chiusura della glottide. Veniva trattato inizialmente con terapia antistaminica e cortisonica, senza beneficio. Successivamente, veniva somministrata terapia aerosolica (cortisone, antimuscarinici e broncodilatatore) e un inibitore di pompa, con miglioramento del quadro clinico nelle ore successive. Gli esami ematochimici non mostravano alterazioni significative, ad eccezione di una lieve eosinofilia. La TC del collo e la spirometria semplice risultavano nei limiti della norma. Alla dimissione veniva consigliata visita allergologica, durante la quale veniva sottoposto a prick test per inalanti e alimenti, con esito negativo. I dosaggi di C4 e C1 inibitore risultavano negativi. Successivamente, veniva eseguita una spirometria semplice che mostrava una significativa variabilità dei parametri di funzionalità respiratoria rispetto alla precedente effettuata durante il ricovero, compatibile con la diagnosi di asma. In considerazione del quadro clinico, veniva indicata una valutazione gastroenterologica per sospetto di asma indotto da reflusso gastroesofageo. La gastroscopia evidenziava segni di reflusso gastroesofageo e il paziente veniva trattato con una terapia specifica, con conseguente risoluzione degli episodi di laringospasmo.



Dott.ssa Eleonora Bono: Allergia alimentare alla carne rossa – La sindrome alfa-gal (AGS)

La sindrome alfa-gal (AGS) è un'allergia alimentare causata tipicamente dal consumo di carne di mammiferi non primati o di alimenti contenenti galattosio-alfa-1,3-galattosio (alfa-gal). In alcuni casi la sindrome si manifesta dopo l'utilizzo di alcuni farmaci e di prodotti medicali contenenti tale carboidrato (oligosaccaride). La sensibilizzazione a questo allergene avviene generalmente dopo il morso di una zecca ematofaga.

I sintomi allergici tipicamente si manifestano tardivamente (da tre a sei ore dopo il pasto) e possono comprendere orticaria, nausea, vomito, asma fino a quadri più severi, includendo lo shock anafilattico.

La consapevolezza e la diagnosi tempestiva sono cruciali, poiché i casi di AGS sono in aumento e possono essere frequentemente sottostimati. Pertanto, è fondamentale approfondire le manifestazioni cliniche, le strategie diagnostiche e le opzioni terapeutiche disponibili per affrontare efficacemente questa sindrome.

ble & associates s.r.l.

Via Paul Harris snc - angolo Piazza della Costituzione 4, Caserta

P.I. 04104580610 | segreteria@bleassociates.it | www.bleassociates.it