

TITOLO EVENTO: "Utilità del Device nel trattamento dell'Asma Cronico: esperienze a confronto"

DATA: 23/05/2026 LUOGO: BARI

SEDE del Corso: CPT - PIAZZA EUROPA, 45 – 70132 BARI

ORGANIZZATORE: Dott. PIETRO SCHINO

SPONSOR: Orion Pharma srl (evento monosponsor)

PROFESSIONI ACCREDITATE: BPN-MMG

Relatori: Schino Pietro – Baldassarre Maria Mattea – Pontrelli Daniela

Formazione Residenziale

PROVIDER Ideas Group SRL ID 352

Evento ID 352- 446306 ed. 1

Crediti assegnati 8

PROGRAMMA:

8,30	registrazione	
8,45-9,15	Saluti Responsabile CPT San Paolo – LEZIONE MAGISTRALE " L ASMA! "	Dr.sa Baldassarre Maria Mattea
9,15-9,45	Utilità del Device nel trattamento dell'Asma Cronico: esperienze a confronto – SERIE DI RELAZIONI	Dr. Schino; dr.sa Pontrelli Daniela
9,45-10,45	Fisiopatologia e diagnostica dell'Asma secondo le linee guida GINA SERIE DI RELAZIONI	Dr. Schino Pietro
10,45-11,00	Coffe break	
11,00-12,00	L'importanza della Spirometria SERIE DI RELAZIONI	Dr. Schino Pietro
12,00 – 13,00	Trattamento Farmacologico dell'Asma SERIE DI RELAZIONI	Dr. Schino Pietro
13,00 - 13,30	Utilità del Device nel trattamento dell'Asma Cronico: esperienze a confronto CONFRONTO E DIBATTITO	Dr. Schino-dr.sa Baldassarre
13,30	LUNCH	
14,30-15,30	Easy Haler: il ruolo dei device nella gestione dell'Asma SERIE DI RELAZIONI	Dr.Schino
15,30-16,10	Caso Clinico 1: esperienze a confronto PRESENTAZIONE CASI CLINICI NON A PICCOLI GRUPPI (F)	Schino-Pontrelli
16,10-16,50	Caso Clinico 2: esperienze a confronto PRESENTAZIONE CASI CLINICI NON A PICCOLI GRUPPI (F)	Schino-Baldassarre
16,50 – 17,30	Caso Clinico 3: esperienze a confronto PRESENTAZIONE CASI CLINICI NON A PICCOLI GRUPPI (F)	Schino-Pontrelli
17,30 – 18,00	Utilità del Device nel trattamento dell'Asma Cronico: esperienze a confronto CONFRONTO E DIBATTITO	Dr. Schino
18,00 – 18,30	Conclusioni – Q&A – Test ECM	Schino – Baldassarre - Pontrelli

RAZIONALE SCIENTIFICO

Le sindromi ostruttive polmonari (Asma e BPCO) sono malattie frequenti che colpiscono molti soggetti con età variabile e sono responsabili di un'alterazione della qualità di vita dei pazienti. Nonostante negli ultimi anni si sia avuto un notevole miglioramento sulle conoscenze delle sindromi ostruttive polmonari e si abbiano a disposizione farmaci efficaci, la morbilità e mortalità di queste malattie sono in aumento. Oltre ai gravi effetti diretti sulla salute dei pazienti, le sindromi ostruttive polmonari hanno un notevole impatto socioeconomico indiretto legato alle degenze ospedaliere ed all'assistenza ambulatoriale dei pazienti, al costo dei farmaci e dei trattamenti di emergenza, all'assenza dal lavoro.

Scopo del convegno è quindi quello di coinvolgere la platea sull'importanza di una gestione appropriata del paziente respiratorio ostruito. Aggiornare e migliorare le capacità tecnico-scientifiche, attraverso l'apporto della compagine ospedaliera verso il territorio.

Gli obiettivi principali si riassumono nei seguenti elementi:

- sviluppare le capacità tecniche, ma anche le qualità professionali, manageriali e relazionali
- mantenere la connessione con le evoluzioni delle conoscenze scientifiche, attraverso il continuo aggiornamento.

Abbreviazioni	
BPCO	

CASO CLINICO 1

Uomo 22 anni, si presenta in PS autonomamente per peggioramento del quadro asmatico cronico riferendo un utilizzo di più di 20 puf di Salbutamolo al giorno.

Esame obiettivo:

A: vigile, vie aeree pervie

B: tachipnoico con lieve broncospasmo ma SpO₂ 89-90%

C: cute calda, non sudata, PA 150/90, FC 110r

D: GCS 15

D: nds

O₂ VM al 40%

Aerosol con Salbutamolo 20 gtt, Ipratropio Bromuro 1 f + Beclometasone 1 f con parziale miglioramento

Anamnesi

Asmatico dall'infanzia, coinquilino da 2-3 mesi con un gatto, ha terminato lo steroide inalatorio e non lo ha ancora riacquistato. Non febbre o altri disturbi riferiti. Negli ultimi 2-3 mesi due recidive asmatiche trattate con steroide per os.

EGA arteriosa: ph 7,32, pO₂ 74, pCO₂ 50, bic 25, lat normali.

Prosegue aerosol tp in continuo

Rx torace: iperinflazione, no segni di pnx o pneumomediastino

Ricovero in medicina d'urgenza: prosegue aerosoltp in continuo per 2 h poi ad orari, steroide ev.

Dimissione dopo due giorni con steroide per os e rivalutazione pneumologica ambulatoriale.

CASO CLINICO 2

Giovanna 33 anni, non fumatrice, si reca dallo specialista pneumologo su consiglio del medico di medicina generale. Lamenta il persistere a distanza di cinque settimane da un episodio influenzale di tosse secca sia diurna sia notturna. La paziente nega dispnea. Approfondendo l'anamnesi emerge come la paziente durante il periodo invernale, caratterizzato da febbre, poliatromialgie, cefalea per 3-4 giorni, dopo i quali è comparsa tosse, all'inizio secca e in seguito poco produttiva con escreato difficilmente espettorabile. Su indicazione del MMG la paziente aveva assunto paracetamolo al bisogno. Dopo circa 10 giorni dall'esordio dei sintomi è stata trattata con un antibiotico per os, l'azitromicina per 3 giorni. Dopo un primo miglioramento si è assistito al persistere della tosse. La paziente ha eseguito una radiografia del torace in due proiezioni che è risultata negativa.

Esame obiettivo

Ottime condizioni generali, normopeso, con cute rosea e calda. Al cavo orale modesta iperemia diffusa, non segni di tonsillite. Non segni di ostruzione nasale. L'obiettività toracica metteva in evidenza un murmure vescicolare presente su tutto l'ambito, in assenza di rumore patologici aggiunti, anche in espiro forzato. L'obiettività cardiaca e addominale risultavano nella norma. Non erano presenti edemi declivi.

Esame strumentale

Spirometria: collaborazione adeguata, prove di funzione ventilatoria di base nei limiti della norma.

Visita ORL: negativa, in particolare non segni indiretti di reflusso gastro-esofageo o di sinusopatia.

Trattamento e sviluppi del caso

Alla paziente è stata consigliata una terapia inalatoria con Ipratropio, con beneficio dopo 7 giorni di trattamento.

A distanza di 4 mesi la paziente si reca nuovamente dallo specialista pneumologo, riferendo tosse secca negli ultimi 10 giorni soprattutto durante la notte. La paziente nega dispnea o respiro sibilante, a una specifica domanda afferma che la tosse, in realtà, compare anche di giorno in particolari condizioni come in seguito a una inspirazione profonda o alla risata. Nell'anamnesi non è evidenziabile una recente infezione delle vie aeree.

All'esame obiettivo del torace sono apprezzabili sibili espiratori sparsi; inoltre il paziente tossisce durante la visita appena inizia a compiere le inspirazioni profonde. L'obiettivo cardiaca e addominale risultano nella norma.

La paziente viene sottoposta nuovamente a spirometria che in questa occasione evidenzia un quadro di ostruzione bronchiale lieve; si esegue il test di broncodilatazione farmacologica in acuto con beta-2 stimolante (salbutamolo 400 mcg) che risulta positivo.

Diagnosi e terapia

Viene quindi posta la diagnosi di asma bronchiale. Alla paziente viene consigliata una terapia di associazione tra un beta-2 stimolante long acting ed uno steroide inalatorio in formulazione polvere secca da utilizzare mattino e sera. Già dopo le prime somministrazioni la paziente riferisce la completa remissione dei sintomi.

CASO CLINICO 3

Francesco, uomo 75 aa viene ricoverato per peggioramento della dispnea, presente al minimo sforzo, aumento della tosse con escreato mucopurulento, non febbre.

Anamnesi fisiologica:

Ex fumatore da qualche mese di 40 sigarette al giorno per 45 aa. Pensionato. Ex lavoratore in fonderia e fruttivendolo. Dieta varia, digestione e alvo regolari. Nicturia. Allergia a penicilline, fluorochinoloni.

Anamnesi patologica remota:

ipertensione arteriosa. Pregressa epatite. Obesità. Da circa 10 anni tosse cronica produttiva e dispnea da sforzo.

Esame obiettivo:

Pz vigile e collaborante

Torace: emitoraci normoconformati e ipoespansibili, riduzione del MV, iperfonesi su tutto l'ambito polmonare e sibili diffusi (broncospasmo).

Toni cardiaci validi in successione ritmica, pause libere

FC: 112 b/min (ritmico)

PA: 180/80

Apiretico

Modesta succulenza agli arti inferiori

Esami ematochimici:

Leucociti: 17,2 migl/ μ L (4-10)

Neutrofili 65%, Linfociti 25%, Monociti 5%

VES: 36 mm (2-15);

α -2Globuline: 1,07 g/dl (0,42-0,96)

Emogasanalisi in aria ambiente:

PaO₂: 62

PaCO₂: 44,3

Sat. O₂: 91,2

Ph: 7,40

HCO₃⁻: 28.1

RX Torace AP:

Emitoraci iperinsufflati, Coste “orizzontalizzate”, Emidiaframmi appiattiti

RX Torace LL:

Torace a botte, aumento del diametro antero posteriore

Spirometria:

VEMS: 1,04L, pari al 49% del predetto

Indice di Tiffeneau: 50,78 %

STADIO IIB GOLD Moderato

Esame microbiologico espettorato:

flora microbica mista, Gram+ e Gram- senza sviluppo prevalente di specie patogene.

DIAGNOSI:

RIACUTIZZAZIONE DI BPCO: peggioramento della dispnea spesso associata anche a respiro sibilante, senso di costrizione toracica, incremento della tosse e dell'escreato, e/o viraggio del colore e/o della viscosità dell'escreato e febbre.

Terapia:

Corticosteroidi per os

Broncodilatatori (β 2 agonisti, anticolinergici)

Antibiotico

RELATORI:

Cognome	Nome	Titolo di studio	Specializzazione	Qualifica professionale	Sede di svolgimento della professione
SCHINO	PIETRO	DOTT	BRONCOPNEUMOLOGIA	LIBERO PROFESSIONISTA	BARI – Largo I. Ciaia, 7
BALDASSARRE	MARIA MATTEA	DOTT.SA	CHIRURGIA PEDIATRICA	MMG	CPT BARI SAN PAOLO
PONIRELLI	DANIELA	DOTT.SA	MEDICINA INTERNA	MMG	CPT BARI SAN PAOLO