

FILE UNICO

Titolo:	Parma Summer School - Fluidi, Elettroliti ed Acido Base
Sede:	Starhotels Du Parc, Viale Piacenza 12 C, 43126 Parma
Data:	21-23 giugno 2026
Codice ECM:	500-484217
Crediti formativi:	17
Ore formative:	17
Numero partecipanti:	100
Obiettivo formativo:	Linee Guida – Protocolli – Procedure
Oggetto della tematica:	Nefrologia
Provider ECM:	Aristea Education S.r.l. Via XII Ottobre, 1 - Piano 6 • 16121 Genova Tel. 010 7766457 E-mail info@aristeaeducation.it Website www.aristeaeducation.it
Segreteria Organizzativa:	Aristea International S.r.l. Via Roma, 10/2 • 16121 Genova Tel. 010 553591 • Fax 010 5535970 E-mail genova@aristea.com Website www.aristea.com

Aristea Education S.r.l.

Capitale Sociale / Share Capital € 52.000 • REA Genova 388855 • P. IVA / VAT No. IT 01152790992 • SDI SUBM70N
Via XII Ottobre, 1 - Piano 6 • 16121 Genova • Italy • Tel. (+39) 010 7766457
E-mail info@aristeaeducation.it • PEC info@pec.aristeaeducation.it • www.aristeaeducation.it

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Domenica 21 Giugno

16.50 – 17.00	Introduzione al corso	Enrico Fiaccadori (Parma)
17.00 – 17.30	Apporto dietetico di fosforo e salute metabolica nella CKD/ESKD	Adamasco Cupisti (Pisa)
17.30 – 18.00	Attività fisica e rene: modificazioni adattative e maladattative, elettroliti e acido-base	Enrico Fiaccadori (Parma)
18.00 – 18.30	Terapie con liquidi ed elettroliti nel paziente critico: aspetti quantitativi e qualitativi	Maria Chiara Pacchiarini (Parma)
18.30 – 19.00	Magnesio totale e magnesio ionizzato nel paziente critico con AKI in terapia sostitutiva	Francesca Di Mario (Roma)
19.00 – 19.30	Dal controllo della kaliemia alla protezione cardiorenale: le nuove evidenze cliniche	Giuseppe Regolisti (Parma)
19.30	Fine della prima giornata	

Lunedì 22 Giugno

8.00 – 9.00	Fisiologia del Metabolismo dell'Acqua e del Sodio	Giuseppe Regolisti (Parma)
9.00 – 10.00	Fisiologia del Metabolismo del Potassio	Enrico Fiaccadori (Parma)
10.00 – 10.30	Discussione sui temi sopra trattati	Enrico Fiaccadori (Parma), Giuseppe Regolisti (Parma)
10.30 – 11.00	Break	
11.00 – 12.00	Iposodiemia e ipersodiemia	Enrico Fiaccadori (Parma)
12.00 – 13.00	Iperpotassiemia ed ipopotassiemia	Giuseppe Regolisti (Parma)
13.00 – 13.30	Discussione sugli argomenti sopra trattati	
13.30 – 15.00	Lunch	
Moderatori:		
15.00 – 16.30	Casi clinici: Sodio e Potassio	Enrico Fiaccadori (Parma)
16.30 – 17.00	Break	
17.00 – 18.30	Casi clinici: Sodio e Potassio	Giuseppe Regolisti (Parma)

18.30	Chiusura della giornata	
-------	-------------------------	--

Martedì 23 Giugno

Moderatori:		
8.00 – 9.00	Fisiologia dell'Equilibrio Acido-Base	Enrico Fiaccadori (Parma)
9.00 – 9.45	Acidosi metaboliche a gap anionico normale	Giuseppe Regolisti (Parma)
9.45 – 10.30	Acidosi metaboliche a gap anionico aumentato	Enrico Fiaccadori (Parma)
10.30 – 11.00	Discussione sui temi sopra trattati	
11.00 – 11.30	Break	
11.30 – 12.00	Alcalosi metabolica	Enrico Fiaccadori (Parma)
12.00 – 12.30	Acidosi e alcalosi respiratoria	Giuseppe Regolisti (Parma)
12.30 – 13.00	Discussione sui temi sopra trattati	
13.00-14.30	Lunch	
Moderatori:		
14.30 – 15.45	Casi clinici disturbi metabolici e misti	Enrico Fiaccadori (Parma)
15.45 – 16.15	Break	
16.15 – 17.30	Casi clinici disturbi metabolici e misti	Giuseppe Regolisti (Parma)
17.30 – 18.00	Chiusura del corso e compilazione del questionario ECM	

Acronimi

SGLT2: Trasportatori sodio-glucosio tipo 2

CKD: Chronic Kidney Disease

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes

ESKD: End-Stage Kidney Disease

AKI: Acute Kidney Injury

RAZIONALE

Le alterazioni dell'equilibrio acido-base e del metabolismo idrosalino sono particolarmente frequenti nella pratica clinica in ambito nefrologico, internistico, di emergenza/urgenza ed in terapia intensiva, e rivestono elementi di elevata complessità ed interdisciplinarietà. La Summer School verrà articolata in due mattine dedicate a lezioni frontali "from bench to bedside" e in due pomeriggi dedicati completamente a casi clinici. Da una parte quindi verranno fornite ai partecipanti solide ed essenziali basi per un approccio razionale a tali squilibri, approfondendo i complessi meccanismi fisiopatologici di base. Dall'altra, attraverso la discussione di numerosi casi clinici tratti dall'esperienza clinica dei Relatori verranno consolidate le nozioni teoriche. Come tradizione il pomeriggio della domenica, La prima giornata, verrà dedicata ad argomenti fortemente interdisciplinari con caratteristiche di novità, sempre nel campo dell'equilibrio acido-base ed idroelettrolitico.

Caso Clinico 1 – Lunedì 23 giugno

ore 15.00

Una donna di 27 anni lamenta da 4 anni ricorrenti episodi di acroparestesie, debolezza muscolare e tetania (spasmo carpale). Nicturia da 2 anni. Un accesso in Pronto Soccorso: dimessa con diagnosi di "crisi d'ansia". Nega vomito o uso di farmaci.

Obiettivamente: Nulla ai principali organi ed apparati. Altezza 1,75 m. Peso corporeo 67 Kg. Valori pressori pari a 105/60 mmHg in posizione seduta.

Si forniscono esami di laboratorio.

Si richiede la diagnosi.

C.G., maschio di 57 anni; peso corporeo circa 60 Kg. Ipertensione in anamnesi, trattata con ACE-inibitore e riferito scarso controllo; fumatore (ex), grave ictus ischemico 3 anni fa con emiplegia dx.

Circa due anni fa, comparsa di epilessia inizialmente trattata con carbamazepina.

Dopo un anno circa di terapia, riscontro di iposodiemia (126 mEq/L) per cui si consigliava apporto di sale e liquidi per os.

Il paziente riferisce sete; viene riferito dai familiari che non urina tanto.

Ad un successivo controllo neurologico, sospensione carbamazepina e sostituzione con lamotrigina + fenobarbital

Persistenza ed aggravamento iposodiemia (fino a 123): consigliata infusione a domicilio di soluzione fisiologica (mediamente 1 Lx3/sett)

Il paziente presenta netto aumento della diuresi dopo le infusioni e sempre più sete.

Ripresa di crisi epilettiche sempre più frequenti e prolungate, compaiono lunghe fasi di letargia. Viene ricoverato.

Paziente disorientato e letargico. PA 130/80 (solita) con FC di 66 bpm; non gradiente ortostatico. Non evidenti note di disidrosi né edemi rilevabili

Na 119; K 4.1; Cl 86; HCO₃ 25; BUN 7; creatinina 0.8; ac. urico 1.8 con FEur =16%; osmolarità plasmatica 257; osmolarità urinaria 580; vol. diuresi circa 800 cc e peso specifico 1009; NaU 158/L; Ku 42/L; cortisolemia+ACTH e TSH normali.

Si forniscono esami di laboratorio
Si richiede la diagnosi

Ore 17.00

Una donna di 23 anni, di professione danzatrice, lamenta da alcune settimane astenia ed estrema fatigabilità.
Irregolarità mestruali nel corso dell'ultimo anno; amenorrea da due mesi. Nega assunzione di farmaci, come pure vomito o diarrea.
Obiettivamente: Peso corporeo 54 Kg. Altezza 1.70 m, BMI 18,7 Kg/m². Nulla di rilevante all'esame dei principali organi ed apparati. Ipotensione ortostatica (PA 115/70 mmHg in clinostatismo, 90/65 mmHg in ortostatismo).
Si forniscono esami di laboratorio.
Si richiede la diagnosi.

Una donna di 29 anni viene ricoverata per grave astenia e adinamia, oltre a crampi addominali e vomito, insorti nelle ultime 4 settimane.
In anamnesi, anoressia nervosa nell'età 21-25 anni (peso corporeo minimo raggiunto 42 Kg). Successivamente recupero del peso (52 Kg) e riferito benessere negli anni successivi.
Obiettivamente: Aspetto sofferente, cute di colorito tendenzialmente scuro. Pressione arteriosa in posizione seduta 90/60 mmHg, in ortostatismo 80/50 mmHg con vertigini e malessere.
Si forniscono esami di laboratorio e immagini del soggetto.
Si richiede la diagnosi

Caso Clinico 2 – Martedì 24 giugno

ore 14.30

84 anni, maschio bianco presentato al pronto soccorso per sincope, bradiaritmia, oligoanuria e dispnea. Storia medica pregressa: fibrillazione atriale su warfarin, ipotiroidismo, BPCO, HTN arteriosa, CKD in stadio IIIb (eGFR 24 ml / min / 1,73 m²). In trattamento con ramipril 5 mg, HCTZ-amiloride 25/5, warfarin, furosemide, nicardipina. Una settimana prima presenta febbre, malessere, lieve mancanza di respiro, tosse, diarrea.
Si forniscono esami di laboratorio, ECG.
Si richiede la diagnosi

Uomo, 51 anni, ospedalizzato per il trattamento della leucemia linfatica cronica. Aveva notato un aumento della debolezza e facilità comparsa di ecchimosi nelle ultime 2

settimane. È stato ricoverato per la chemioterapia di induzione. Non sta prendendo alcun farmaco

Pressione 121/70 mmHg, frequenza cardiaca di 88 battiti al minuto, frequenza respiratoria di 15 respiri al minuto. Sono stati rilevati ecchimosi multiple della pelle e del pallore delle mucose

Si forniscono esami di laboratorio

Si richiede la diagnosi

ore 16.15

Uomo, 61 anni, entrato in DEA per debolezza generalizzata rendendolo incapace di stare in piedi senza assistenza.

Storia clinica pregressa del paziente significativa per DM di tipo II e CKD (sCreat 1,8 mg / dL, eGFR di 41 ml / min per 1,73 m²). I suoi farmaci attuali erano glibemclamide e ramipril 2,5 mg. Cinque giorni fa prescrizione di antibiotici per l'infezione del tratto respiratorio superiore.

All'esame obiettivo, pressione di 190/65 mmHg, frequenza cardiaca di 100 battiti al minuto e frequenza respiratoria di 20 respiri al minuto. L'esame cardiaco insignificante per qualsiasi risultato pertinente diverso dalla tachicardia. L'esame neurologico ha mostrato una significativa debolezza generalizzata. Paziente stabile.

Si ricercano correlazioni tra acidosi metaboliche e CKD, Hyperkalemia.

Uomo, 34 anni, 60kg, con abuso di alcol cronico.

Depressione, precedente uso di eroina, seguito per disturbi psichiatrici, frequenti accessi al DEA. Recentemente in cura con Hydrochlorothiazide+amiloride per ipertensione arteriosa.

Dopo due giorni riferisce dolore addominale, spossatezza, parestesia. Accesso al DEA e dimesso poche ore dopo. Due giorni dopo, cade e batte la testa a seguito di confusione e instabilità. Ammesso al DEA.

AP 120/80 mmHg; HR 75 bpm, SaO₂ 100%; Glucosio 120 mg/dl. Gas sangue nella norma.

Non presenta danni neurologici, ritenzione urinaria, cateterizzato.

Si forniscono esami di laboratorio.

Si richiede diagnosi