

BROCHURE ECM

Pediatria, Viaggio attraverso le Vie Respiratorie: infezioni e allergia

Progetto in collaborazione con

SIAIP (Società Italiana di Allergologia e Immunologia)

FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri)

14 OTTOBRE 2026

Mediterranea Hotel Resort & Convention Center – Via Generale Clark 54 Salerno

- | | |
|--------------|-----------------------------|
| ✓ ALLEGATO 1 | INFORMAZIONI GENERALI |
| ✓ ALLEGATO 2 | RAZIONALE SCIENTIFICO |
| ✓ ALLEGATO 3 | PROGRAMMA SCIENTIFICO |
| ✓ ALLEGATO 4 | ELENCO E CURRICOLA RELATORI |

ALLEGATO 1: INFORMAZIONI GENERALI
--

Data inizio: 14 ottobre 2026 **Data di fine:** 14 ottobre 2026

Sede del Congresso

Aula congressi Presso Mediterranea Hotel – Resort & Convention Center
Via Generale Clark, 54, 84131 Salerno

Coordinatori Scientifici

Antonio D' Avino

Presidente FIMP

Gian Luigi Marseglia

Professore Ordinario di Pediatria

Università degli Studi di Pavia

Presidente SIAIP

Michele Miraglia Del Giudice

Professore ordinario di pediatria

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli "

Presidente SIAIP

Responsabili Scientifici

Michele Miraglia Del Giudice

Professore ordinario di pediatria

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli "

Presidente SIAIP

Luigi Morcaldi

Pediatra di Libera Scelta, Napoli

Segreteria Organizzativa

Nadirex International S.r.l.

Via Riviera, 39 - 27100 Pavia

Tel. +39.0382.525735-14; Fax. +39.0382.525736

Responsabile Progetto:

Dr.ssa Gloria Molla gloria.molla@nadirex.com Mob 347 8589333

Provider NR: 265

Nadirex International S.r.l.

Via Riviera, 39 - 27100 Pavia

Tel. +39.0382.525735-14; Fax. +39.0382.525736

ALLEGATO 2: RAZIONALE SCIENTIFICO

Le infezioni respiratorie costituiscono la patologia più frequente osservata dal Pediatra.

La patologia respiratoria riconosce eziopatogenesi infettive ed immunologiche. In questi ultimi anni si è osservato un aumento esponenziale del numero di pazienti affetti da queste patologie e con la pandemia del COVID si è osservato altresì una ridefinizione delle eziologie e delle potenziali terapie. Lo scopo di questo corso è di fornire al pediatra nei diversi settori di attività clinica, sia che operi sul territorio o in strutture ospedaliere, le più avanzate conoscenze in campo clinico diagnostico e terapeutico. Il progetto pertanto sarà costruito attraverso un aggiornamento avanzato di tipo frontale e sarà dato ampio spazio alla condivisione interattiva di casi clinici esemplificativi.

ALLEGATO 3: PROGRAMMA SCIENTIFICO

Welcome coffee

15.45-16.00 Registrazione dei partecipanti

16.00-16.30 Introduzione e Presentazione del Progetto

Michele Miraglia del Giudice (Napoli); Gian Luigi Marseglia (Pavia)

Moderatori: **Michele Miraglia del Giudice (Napoli), Luigi Morcaldi (Napoli)**

16.30-17.00 Viaggio attraverso le vie aeree

Gian Luigi Marseglia (Pavia)

17.00-17.30 Infezione e Infiammazione

Cristina Indolfi (Napoli)

17.30-18.00 Le molte facce della tosse

Angela Klain (Napoli)

18.00-18.45 Le basi razionali della farmacoterapia nell' infiammazione e nella tosse

Michele Miraglia del Giudice (Napoli)

- 18.45-19.45 Esposizione di Casi clinici con votazione Televoter
Giulio di Nardo (Napoli)
Conduce: **Luigi Morcaldi (Napoli)**
- 19.45-20.15 Discussione Generale- Domande e risposte
Guida la discussione: **Michele Miraglia Del Giudice (Napoli)**
- 20.15-20.45 Conclusioni
Michele Miraglia del Giudice (Napoli)
- 20.45-21.00 Consegna e compilazione Questionario ECM

DESCRIZIONE CASI CLINICI

CASO CLINICO NR. 1

Paziente: M., maschio, 4 anni

Motivo del ricovero: Tosse persistente, febbre e difficoltà respiratoria.

Anamnesi

- **Inizio dei sintomi:** 5 giorni prima, con rinorrea acquosa e lieve tosse secca.
- **Evoluzione:** Progressiva comparsa di febbre (fino a 39°C), peggioramento della tosse, che diventa produttiva, e comparsa di respiro rumoroso.
- **Contatti:** Frequentazione della scuola dell'infanzia; diversi compagni con infezioni respiratorie recenti.
- **Anamnesi patologica remota:** Nessuna patologia cronica. Vaccinazioni in regola.
- **Allergie:** Non note.

Esame obiettivo

- **Stato generale:** Moderato malessere, bambino vigile ma irritabile.
- **Parametri vitali:**
 - Temperatura: 38.7°C
 - FC: 122 bpm
 - FR: 32 atti/min
 - SpO₂: 94% in aria ambiente
- **Vie aeree superiori:** Mucose nasali congestizie, rinorrea densa. Faringe arrossato senza essudati.
- **Torace:**
 - All'auscultazione: sibili e ronchi diffusi, riduzione del murmure vesicolare nei campi medio-basali.
 - Lievi tirage sottocostale e sovraclaveare.
- **Linfonodi:** Adenopatie laterocervicali modeste e dolenti.

Esami diagnostici

- **Emocromo:** leucocitosi neutrofila; PCR moderatamente aumentata.
- **Tampone naso-faringeo (multiplex):** positivo per virus respiratorio sinciziale (VRS).
- **Rx torace:** Aumento della trama broncovascolare, iperinsufflazione; assenza di consolidate aree di addensamento parenchimale.

Diagnosi

Bronchiolite / bronchite acuta virale da VRS, con componente infiammatoria delle vie aeree inferiori.

Trattamento

- Idratazione adeguata, antipiretici (paracetamolo).
- Broncodilatatori inalatori in caso di broncospasmo significativo (valutazione clinica).
- Ossigenoterapia intermittente per mantenere SpO₂ > 94%.
- Lavaggi nasali frequenti.
- **Non** indicata terapia antibiotica, data l'eziologia virale e assenza di segni di sovrainfezione batterica.

Decorso clinico

Dopo 48–72 ore di monitoraggio e terapia di supporto, miglioramento della saturazione (96–97% in aria ambiente), riduzione della frequenza respiratoria e della tosse. Dimissione dopo 3 giorni con istruzioni per gestione a domicilio.

Follow-up

Controllo dal pediatra di base dopo 5 giorni; non segnalati episodi di dispnea o febbre.

CASO CLINICO NR. 2

Paziente: L., femmina, 7 anni

Motivo della visita: Tosse persistente da circa 3 settimane, con caratteristiche variabili nel tempo.

Anamnesi della tosse

La madre riferisce che la tosse **non è sempre uguale**, ma sembra “cambiare faccia” durante i giorni:

1. **Prima fase (settimana 1)**
 - Inizia con **tosse secca e stizzosa**, soprattutto la sera.
 - Associata a rinorrea chiara e lieve mal di gola.
 - Episodi di febbre bassa (max 37.7°C).
→ Sospetto: infezione delle vie aeree superiori di origine virale.
2. **Seconda fase (settimana 2)**
 - La tosse diventa **grassa**, con espettorazione mucosa al mattino.
 - Soprattutto dopo sforzo o risa.
 - Rumori respiratori percepiti dai genitori (“catarro nel petto”).
→ Possibile sovrapposizione di **infiammazione delle vie aeree inferiori** o bronchite post-virale.
3. **Terza fase (settimana 3)**
 - Tosse **ricorrente di notte**, a tratti a salve, che sveglia la bambina.
 - In alcuni momenti compare **respiro sibilante**.
 - Sospetti episodi scatenati da aria fredda o giochi all'aperto.
→ Si sospetta una componente **reattiva/asma-like** post-infettiva.

Anamnesi personale e familiare

- Episodi simili (tosse lunga) dopo raffreddori precedenti.
- Dermatite atopica in età prescolare.
- Padre con asma allergico.
- Nessun fumo passivo in casa.

Esame obiettivo

- Bambina in buone condizioni generali, afebrile.
- **Vie aeree superiori:** mucosa nasale congesta, rinorrea mucosa.
- **Faringe:** iperemico, senza essudati.
- **Auscultazione toracica:**
 - Rumori umidi sporadici ai campi basali.
 - Lievi sibili espiratori dopo tosse forzata.

- **SatO₂**: 97% in aria ambiente.

Esami

- **Emocromo**: nella norma.
- **PCR**: negativa.
- **Test per allergeni inalanti (prick test)**: sensibilizzazione a *Dermatophagoides pteronyssinus*.
- **Rx torace**: negativo per consolidamenti; lieve iperinsufflazione compatibile con broncospasmo.

Diagnosi probabile

Tosse persistente a genesi multifattoriale:

- Infezione respiratoria virale iniziale
- Bronchite post-virale con ipersecrezione
- Iperreattività bronchiale in contesto di atopia familiare e personale
→ **“Le molte facce della tosse”** nello stesso episodio clinico.

Trattamento

- Lavaggi nasali, controllo ambientale degli allergeni.
- Corticosteroide inalatorio a basso dosaggio per 2–4 settimane.
- Broncodilatatore inalatorio al bisogno in caso di sibili o tosse notturna.
- Nessun antibiotico indicato (assenza di segni di infezione batterica).

Decorso e follow-up

Dopo 10 giorni di terapia:

- Riduzione marcata della tosse notturna.
 - Scomparsa dei sibili.
 - Persistono solo alcuni colpi di tosse al mattino.
- Follow-up programmato per valutare eventuale asma intermittente.

CASO CLINICO NR. 3

Paziente: A., maschio, 6 anni

Motivo della visita: Tosse persistente da 10 giorni, con peggioramento notturno e difficoltà respiratoria moderata.

Anamnesi

- La tosse è iniziata come **tosse secca**, associata a rinite e faringodinia.
- Dopo 4–5 giorni è diventata **grassa**, con sensazione di catarro “fermo”.
- Negli ultimi 2 giorni compaiono **sibili intermittenti** e tosse notturna che interrompe il sonno.
- Febbre assente negli ultimi 6 giorni.
- Nessuna patologia cronica. Precedente episodio simile l’anno precedente.
- Familiarità per allergia stagionale (madre).

Esame obiettivo

- Buone condizioni generali.
- Rinorrea mucosa, faringe lievemente iperemico.
- All’auscultazione: sibili espiratori diffusi, rumori umidi sovrabasal.
- SpO₂ 96% in aria ambiente.
- Non segni di sovrainfezione batterica.

Ragionamento clinico: perché questo bambino tossisce?

In questo caso la tosse ha **più componenti fisiopatologiche**, ciascuna delle quali orienta la scelta farmacologica:

1. **Infiammazione delle vie aeree (post-virale)**
→ Porta a iperreattività, edema della mucosa e stimolazione dei recettori della tosse.
2. **Aumento delle secrezioni**
→ Da iperproduzione mucosa e clearance ridotta.
3. **Broncospasmo intermittente**
→ Responsabile dei sibili e della tosse notturna.

L'obiettivo della terapia non è "bloccare la tosse", ma **trattarne la causa prevalente**.

Basi razionali della farmacoterapia

1. Controllo dell'infiammazione

Nel bambino con **infiammazione dei bronchi** post-virale o in contesto atopico, il bersaglio principale è la mucosa edematosa e iper-reattiva.

Razionale

- L'infiammazione aumenta la sensibilità dei recettori tussigeni.
- Ridurre l'infiammazione = diminuire la frequenza e l'intensità della tosse.

Scelta farmacologica (principi generali)

- **Farmaci antinfiammatori inalatori** per ridurre edema e iperreattività.
- Non si usano sistemici se il quadro è lieve/moderato.

2. Gestione della componente bronchospastica

Il broncospasmo contribuisce alla tosse "a salve" e ai sibili.

Razionale

- Il restringimento delle vie aeree stimola i recettori della tosse e peggiora la ventilazione.
- Ridurre lo spasmo = migliorare il flusso e limitare i sibili.

Scelta farmacologica (principi generali)

- **Broncodilatatori inalatori a rapida azione** in presenza di sibili o difficoltà respiratoria.

3. Trattamento del muco in eccesso

Nel bambino, l'aumento di secrezioni è spesso parte della risposta post-virale.

Razionale

- Il muco denso può irritare i recettori e generare tosse produttiva persistente.
- Favorire la clearance mucociliare è preferibile a "bloccare" la tosse.

Scelta farmacologica (principi generali)

- Misure non farmacologiche (umidificazione, idratazione, lavaggi nasali).
- I mucolitici hanno indicazioni selettive e non sono sempre necessari.

4. Perché NON usare antitussivi in questo caso?

- La tosse è un riflesso protettivo essenziale.
- La causa è infiammatoria/ostruttiva, non un riflesso iperattivo isolato.
- Sopprimere la tosse senza trattare l'infiammazione può peggiorare il quadro.

Diagnosi

Tosse persistente post-virale con componente di iperreattività bronchiale, in bambino con predisposizione atopica.

Nessuna evidenza di infezione batterica.

Piano terapeutico (concettuale)

- **Terapia inalatoria antinfiammatoria** per ridurre edema e sensibilità delle vie aeree.
- **Broncodilatatore inalatorio al bisogno** se presenti sibili.
- **Misure di igiene nasale** per migliorare la clearance delle vie superiori.
- Educazione dei genitori sul fatto che la tosse, pur migliorando, può persistere alcune settimane.

Follow-up

Dopo 2 settimane:

- Riduzione netta della tosse notturna.
- Assenza di sibili.

Minimi colpi di tosse residua al mattino.

Controllo programmato per valutare eventuale pattern di iperreattività cronica.

ALLEGATO 4: ELENCO E CURRICOLA RELATORI

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
ANTONIO D'AVINO	Medicina e Chirurgia	Pediatria	Presidente FIMP	Presidente Nazionale FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri)
GIULIO DI NARDO	Medicina e Chirurgia	Pediatria	Libero professionista	Pediatra di libera scelta presso Napoli
CRISTIANA INDOLFI	Medicina e Chirurgia	Pediatria	Università L. Vanvitelli	Docente presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"
ANGELA KLAIN	Medicina e Chirurgia	Specializzando Pediatria	Università L. Vanvitelli	Docente presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"
GIAN LUIGI MARSEGLIA	Medicina e Chirurgia	Pediatria, Allergologia, Malattie Infettive	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	Professore Ordinario di Pediatria Università degli studi di Pavia
MICHELE MIRAGLIA DEL GIUDICE	Medicina e Chirurgia	Pediatria	Università L. Vanvitelli	Professore Ordinario di Pediatria Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Presidente SIAIP
LUIGI MORCALDI	Medicina e Chirurgia	Pediatria	Libero professionista	Pediatra di libera scelta presso Napoli