

EVENTO FORMATIVO FSC
RESPIRARE IL FUTURO: Nuove frontiere nella COPD e nel deficit di ALFA-
1ANTITRIPSINA

28 MARZO 2026 – HOTEL MISTRAL II – Oristano
17 LUGLIO 2026 – WEB

TITOLO EVENTO: RESPIRARE IL FUTURO: Nuove frontiere nella COPD e nel deficit di ALFA-1ANTITRIPSINA

ORARIO INIZIO E FINE: 28 MARZO: 10.00 – 13.30 / 14.30 – 16.30 (RES)

17 LUGLIO: 9.00 – 11.30 (WEB)

ORE FORMATIVE: 7

N. CREDITI RICONOSCIUTI: 9,1

N. PARTECIPANTI: 45

PROVIDER: ACROSS SARDINIA SAS – N. 311

TIPOLOGIA EVENTO: GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

SEDE EVENTO: HOTEL MISTRAL II, Via XX Settembre n 34 – Oristano

RESPONSABILI SCIENTIFICI: Prof. Pietro Pirina, Prof. Alessandro Fois

SEGRETERIA SCIENTIFICA: Dott.ssa Barbara Piras

OBIETTIVO FORMATIVO: CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA, IVI INCLUSE LE MALATTIE RARE E LA MEDICINA DI GENERE

DESTINATARI DELL'ATTIVITA' FORMATIVA:

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO, ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA, MEDICINA GENERALE, MEDICINA INTERNA

RAZIONALE

LA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (COPD) E IL DEFICIT DI ALFA-1 ANTITRIPSINA RAPPRESENTANO SFIDE SIGNIFICATIVE NELLA PNEUMOLOGIA MODERNA, CON UN IMPATTO SOSTANZIALE SULLA SALUTE PUBBLICA GLOBALE E SULLA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI. EPIDEMIOLOGIA E IMPATTO GLOBALE:

LA COPD COLPISCE OLTRE 300 MILIONI DI PERSONE NEL MONDO, CON UNA PREVALENZA GLOBALE STIMATA DEL 10,1% NELLA POPOLAZIONE ADULTA. IN ITALIA, SI STIMA CHE CIRCA IL 5,6% DELLA POPOLAZIONE ADULTA SIA AFFETTA DA COPD, CON TASSI PIÙ ELEVATI NELLE REGIONI MERIDIONALI. LA MALATTIA RAPPRESENTA LA TERZA CAUSA DI MORTE A LIVELLO MONDIALE, RESPONSABILE DI CIRCA 3,2 MILIONI DI DECESSI ANNUI.

IL DEFICIT DI ALFA-1 ANTITRIPSINA, SEBBENE MENO COMUNE, COLPISCE APPROSSIMATIVAMENTE 1 SU 2.000-5.000 INDIVIDUI IN EUROPA, CON UNA PREVALENZA STIMATA DI 1 SU 4.000-5.000 IN ITALIA. TUTTAVIA, SI RITIENE CHE QUESTA CONDIZIONE SIA AMPIAMENTE SOTTOSTIMATA, CON SOLO IL 10% DEI CASI EFFETTIVAMENTE DIAGNOSTICATI.

NUOVE FRONTIERE NELLA COMPrensIONE PATOGENETICA:

RECENTI AVANZAMENTI NELLA RICERCA HANNO RIVELATO L'IMPORTANZA DELLA COMPONENTE INFIAMMATORIA DI TIPO 2 IN UN SOTTOGRUPPO SIGNIFICATIVO DI PAZIENTI CON COPD. QUESTA SCOPERTA HA APERTO NUOVE PROSPETTIVE TERAPEUTICHE, SUGGERENDO CHE FINO AL 30% DEI PAZIENTI CON COPD POTREBBE BENEFICIARE DI APPROCCI MIRATI ALL'INFIAMMAZIONE TYPE-2.

NEL CAMPO DEL DEFICIT DI ALFA-1 ANTITRIPSINA, GLI STUDI GENETICI HANNO IDENTIFICATO OLTRE 150 VARIANTI ALLELICHE, AMPLIANDO LA NOSTRA COMPrensIONE DELLA VARIABILITÀ FENOTIPICA E DELLA PROGressIONE DELLA MALATTIA. QUESTE SCOPERTE SOTTOLINEANO L'IMPORTANZA DI UN APPROCCIO PERSONALIZZATO ALLA DIAGNOSI E AL TRATTAMENTO.

IMPORTANZA DELLO SCREENING E DELLA DIAGNOSI PRECOCE:

NONOSTANTE I PROGressI, LA DIAGNOSI PRECOCE RIMANE UNA SFIDA CRITICA. SI STIMA CHE FINO AL 75% DEI CASI DI COPD RIMANGA NON DIAGNOSTICATO NELLE FASI INIZIALI, MENTRE PER IL DEFICIT DI ALFA-1 ANTITRIPSINA, IL RITARDO DIAGNOSTICO MEDIO È DI 5-7 ANNI. L'IMPLEMENTAZIONE DI PROGRAMMI DI SCREENING MIRATI, SPECIALMENTE IN POPOLAZIONI AD ALTO RISCHIO, POTREBBE RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE QUESTO GAP DIAGNOSTICO. INOLTRE, L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE COPD NELLA SUA FASE INIZIALE (PRE COPD) E IL TRATTAMENTO IN FASE PRECOCE, PERMETTEREBBE SICURAMENTE IL RITARDO NELLA FASE PIÙ EVOLUTA DELLA MALATTIA.

Dott.ssa Valentina Camboni

Email: valentina.camboni@acrosscongressi.com

Across Sardinia Congressi - Viale Italia 12 - 07100 Sassari - Tel 079/2010120

PROGRAMMA SCIENTIFICO

SABATO 28 MARZO

- 9.30 Registrazione dei partecipanti
- 9.45 Saluti e Introduzione ai lavori
Pietro Pirina, Alessandro Fois

I SESSIONE: COPD CON COMPONENTE INFIAMMATORIA T-2

Moderatori: **Cristina Monni - Sandra Solinas**

- 10.00 Dalla doppia broncodilatazione alla triplice terapia
Antonella Gammino
- 10.20 La rivoluzione della terapia biologica alla luce degli studi clinici e secondo il documento di indirizzo GOLD
Pietro Pirina
- 10.40 Discussione
- 11.00 Coffee Break

II SESSIONE: GESTIONE DELLE SECREZIONI NELLE MALATTIE RESPIRATORIE

Moderatori: **Paolo Onorati – Pietro Pirina**

- 11.10 Mucus Plugs e clearance mucociliare, meccanismi fisiopatologici e ruolo dei mucolitici come opzione di trattamento
Alessandro Fois
- 11.30 L'emergenza dell'antibiotico resistenza e la gestione razionale degli antibatterici nelle riacutizzazioni delle malattie respiratorie
Alessandro Sassu
- 11.50 La NIV nel paziente BPCO
Paolo Magri
- 12.10 Discussione

III SESSIONE: DEFICIT ALFA-1ANTITRIPSINA

Moderatori: **Alessandro Fois – Antonella Gammino**

- 12.30 Oltre la superficie: svelare il "mistero" del Deficit di alfa-1antitripsina- l'importanza dello Screening precoce nel DAAT
Barbara Piras

Dott.ssa Valentina Camboni

Email: valentina.camboni@acrosscongressi.com

Across Sardinia Congressi - Viale Italia 12 - 07100 Sassari - Tel 079/2010120

12.50 Proteggere il polmone: la terapia sostitutiva nel DAAT-evidenze cliniche e impatto sulla progressione della malattia
Mario Torrazza

13.10 Discussione

13.30 Colazione di lavoro

IV SESSIONE: PATIENT JOURNEY

Moderatori: **Alessandro Fois – Pietro Pirina**

14.30 Tracciare la rotta: costruire un Patient Journey multidisciplinare e integrato territorio-ospedale
Paolo Onorati

V SESSIONE INTERATTIVA

TAVOLA ROTONDA

14.50 1* **CASO CLINICO: LA DOPPIA MINACCIA: COPD E POLMONITE COMUNITARIA (INFEZIONE BATTERICA DA S. PNEUMONIAE)**
Claudia Collu

15.10 2* **CASO CLINICO: DIAGNOSI DIFFERENZIALE ASMA/COPD**
Chiara Scala

15.30 3* **CASO CLINICO: GESTIONE DEL PAZIENTE COPD T-2: ENDOTIPIZZAZIONE E TERAPIA SARTORIALE**
Andrea Ledda

TAVOLA ROTONDA

15.50 4* **CASO CLINICO: SEGNALI D'ALLARME: COME RICONOSCERE IL DEFICIT DI ALFA-1ANTITRIPSINA NASCOSTO**
Claudia Pani

16.10 5* **CASO CLINICO: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA: IL VIAGGIO TERAPEUTICO NEL DEFICIT DI ALFA-1ANTITRIPSINA**
Eleonora Aresu

16.30 Discussione

FUORI CAMPO ECM

PROVA PRATICA

16.40 Esercitazioni su ventilatore polmonare, interfacce e circuiti

Condivisione, metodologia di formazione sul campo e modulo didattico

(Durante il percorso di FSC i partecipanti, in modo attivo, acquisiscono nuove conoscenze, abilità e comportamenti utili nella gestione dei pazienti affetti da COPD e deficit di alfa-1antitripsina,

Dott.ssa Valentina Camboni

Email: valentina.camboni@acrosscongressi.com

Across Sardinia Congressi - Viale Italia 12 - 07100 Sassari - Tel 079/2010120

nonché all'utilizzo di tecnologie e strumenti. Il percorso di apprendimento verrà valutato dai Tutor)

17.40 Take Home Messages
Pietro Pirina, Alessandro Fois

17.50 Chiusura dei lavori

VENERDI 17 LUGLIO

VI SESSIONE WEB: GIORNATA DI APPROFONDIMENTO

9.00 Introduzione e saluti
Pietro Pirina, Alessandro Fois

9.10 Esperienza Teorico Pratica sul territorio

10.10 Feedback tramite attività didattiche

11.10 Discussione

11.30 Chiusura dei lavori

SCHEDA RIASSUNTIVA CASI CLINICI

1* CASO CLINICO: LA DOPPIA MINACCIA: COPD E POLMONITE COMUNITARIA

PAZIENTE: uomo R.S.

PROFESSIONE: ex impiegato in pensione

BREVE STORIA CLINICA: anni 78, ex fumatore, non allergie.

APR ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito di tipo 2 in ADO, pregressa meningite; BPCO in terapia con LAMA parzialmente aderente alla terapia. Non vaccinato per influenza e pneumococco.

APP: Recente riacutizzazione per cui aveva praticato per una settimana terapia antibiotica ed aerosolica. Una mattina dopo essere rientrato dalla consueta spesa al mercato viene ritrovato riverso sul tavolo della cucina, confuso e dispnoico. Condotta in PS dall'ambulanza del 118 dopo EE ed RX viene ricoverato in medicina per insuff respiratoria acuta in polmonite.

All'arrivo in reparto il paziente presenta una grave insuff respiratoria, appare soporoso e presenta piccoli movimenti a scatto involontari del capo e degli arti inquadabili come clonie.

L'incremento degli indici di flogosi, il quadro emogasanalitico indicativo di una grave insuff respiratoria, la rx del torace mostrante addensamenti bilaterali come da polmonite n.a.s ed il quadro neurologico controindicante una ventilazione non invasiva di supporto pongono immediata indicazione per trasferimento urgente in terapia intensiva con sospetto di polmonite bilaterale e meningite.

TERAPIA: impostata terapia antibiotica, ed idroelettrolitica con ossigeno.

Si eseguiva in rianimazione esame del liquor che risultava positivo, insieme all'antigene urinario per Streptococcus Pneumoniae confermando così la diagnosi di polmonite bilaterale e meningococcale da pneumococco.

2* CASO CLINICO: DIAGNOSI DIFFERENZIALE ASMA/COPD

PAZIENTE: donna

PROFESSIONE: insegnante

BREVE STORIA CLINICA:

Il caso clinico riguarda una paziente di 50 anni con diagnosi storica di **BPCO**, caratterizzata da un **deficit** ostruttivo severo e non reversibile. Nonostante la terapia inalatoria massimale, progressivamente intensificata fino alla triplice terapia (ICS/LABA/LAMA), la paziente continuava a soffrire di frequenti riacutizzazioni, tosse persistente e dispnea ingravescente.

Di fronte al fallimento della terapia inalatoria, è stata condotta una rivalutazione clinica approfondita. L'ostruzione fissa, pur tipica della BPCO, non escludeva una componente di Asma Grave sottostante, presumibilmente non trattata, o una BPCO con fenotipo infiammatorio T2. Questa infiammazione T2,

Dott.ssa Valentina Camboni

Email: valentina.camboni@acrosscongressi.com

Across Sardinia Congressi - Viale Italia 12 - 07100 Sassari - Tel 079/2010120

caratterizzata da elevati livelli di eosinofili o da altri biomarcatori, è stata identificata come il motore delle riacutizzazioni e della scarsa risposta ai farmaci inalatori standard.

Il re-inquadramento ha permesso di superare la dicotomia BPCO/Asma, focalizzandosi sul meccanismo patogenetico. È stata quindi avviata una terapia con il farmaco biologico Dupilumab in aggiunta alla triplice inalatoria.

Questo approccio mirato è cruciale, poiché Dupilumab è oggi approvato e rilevante per il trattamento dell'Asma Grave T2 e della BPCO con evidenza di infiammazione T2, fornendo una soluzione per l'ostruzione non reversibile e le riacutizzazioni in entrambi i contesti.

La non reversibilità dell'ostruzione bronchiale non deve più escludere la ricerca e il trattamento dell'infiammazione T2. L'identificazione del fenotipo T2, indipendentemente dalla diagnosi iniziale di BPCO o Asma, è fondamentale per l'introduzione di terapie biologiche come Dupilumab, che possono controllare i sintomi e le riacutizzazioni in pazienti complessi e refrattari alla terapia convenzionale.

TERAPIA: ICS-LABA, LABA-LAMA, ICS-LABA-LAMA, ICS-LABA-LAMA + Dupilumab

3* CASO CLINICO: GESTIONE DEL PAZIENTE COPD T-2: ENDOTIPIZZAZIONE E TERAPIA SARTORIALE

PAZIENTE: uomo 67 aa

PROFESSIONE: pensionato

BREVE STORIA CLINICA:

anni 67, allergia agli acari della polvere. APR: ex fumatore, Non G6PDH carente, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia

Una riacutizzazione severa di bpcO negli ultimi 12 mesi per cui è stato ricoverato in reparto di medicina interna, un'altra riacutizzazione negli ultimi 12 mesi per cui ha avuto necessità di ciclo di OCS

TERAPIA: broncodilatatore, antipertensivo, farmaco per l'ipercolesterolemia

4* CASO CLINICO: SEGNALI D'ALLARME: COME RICONOSCERE IL DEFICIT DI ALFA-1ANTITRIPSINA NASCOSTO

PAZIENTE: donna

PROFESSIONE: barista

BREVE STORIA CLINICA:

anni 47. Ex tabagista (30 p/y) e con storia di esposizione a fumo passivo. Affetta da Broncopneumopatia cronica ostruttiva, fenotipo enfisematoso

A.F.: due fratelli affetti da enfisema polmonare, residenti all'estero, uno dei quali sottoposto a trapianto di polmone (non disponibile documentazione clinica)

Alla spirometria: deficit ventilatorio ostruttivo di lieve entità. DLCO: lievemente ridotta

Alla spirometria di controllo, progressivo peggioramento della funzionalità respiratoria. Riduzione, inoltre, della tolleranza allo sforzo.

Dott.ssa Valentina Camboni

Email: valentina.camboni@acrosscongressi.com

Across Sardinia Congressi - Viale Italia 12 - 07100 Sassari - Tel 079/2010120

Eseguita TC del torace: enfisema panlobulare, maggiormente evidente ai lobi polmonari inferiori
Esegue dosaggio di alfa 1 antitripsina sierica con riscontri di bassi valori, proteina C reattiva nella norma.
Si procede alla genotipizzazione con riscontro di eterozigosi composta (Z/M-like)

TERAPIA: Terapia sostitutiva endovenosa settimanale al dosaggio di 60mg/kg di peso corporeo

5* CASO CLINICO: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA: IL VIAGGIO TERAPEUTICO NEL DEFICIT DI ALFA-1ANTITRIPSINA

NOME PAZIENTE: uomo M.B., 38 anni

PROFESSIONE: Ingegnere informatico, lavora principalmente in ambiente d'ufficio.

BREVE STORIA CLINICA:

non fumatore, riferisce dispnea da sforzo progressiva da circa un anno e lieve riduzione della capacità di esercizio. In anamnesi familiare: padre deceduto prematuramente per "problemi respiratori".

Gli esami mostrano:

Spirometria: FEV1 62% predetto, FEV1/FVC 58%. DLCO ridotta.

HRCT: enfisema panlobulare basale.

Alfa-1 antitripsina: 25 mg/dL (marcatamente ridotta).

Genotipo: PiZZ.

Minimi segni di coinvolgimento epatico (alterazioni lievi degli enzimi epatici).

CONCLUSIONI: Deficit grave di alfa-1 antitripsina (AATD) con enfisema precoce.

TERAPIA: Vaccinazioni raccomandate: influenza, pneumococco, epatite B.

Attività fisica regolare.

Terapia respiratoria: LABA + LAMA

Terapia specifica: infusione endovenosa settimanale di AAT (indicata perché PiZZ + AAT <50 mg/dL + evidenza di danno polmonare)

Follow-up: Spirometria ogni 6–12 mesi. Monitoraggio epatico annuale. Counseling genetico ai familiari di primo grado

TABELLA DOCENTI

Cognome e Nome	Laurea	Specializzazione	Affiliazione
Aresu Eleonora Chiara	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Specializzando presso UO di Pneumologia Clinica - AOU SASSARI
Collu Claudia	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	U.O di Pneumologia - AOU SASSARI
Fois Alessandro Giuseppe	Med e Chirurgia	Pneumologia	Prof. Ordinario Struttura Semplice di Endoscopia Bronchiale e Interv. AOU SASSARI
Gammino Maria Antonia	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Direttore UO di Pneumologia - ASL CAGLIARI
Ledda Andrea Giovanni	Med e Chirurgia	Allergologia e immunologia clinica	Borsista di Ricerca Dip. Scienze Mediche e Sanità Pubblica - UNICA
Magri Paolo	Med e Chirurgia	Tisiologia e Malattie dell'apparato Respiratorio	Libero Professionista c/o Azienda Sapio - TRAVO (PC)
Monni Maria Cristina	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Sostituto della Direzione SC di Pneumologia - ASL NUORO
Onorati Paolo	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Responsabile di Attività specialistica ambulatoriale - Distretto Sanitario - ASL 1 ALGHERO

Pani Claudia	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Specializzando presso UO di Pneumologia Clinica - AOU SASSARI
Piras Barbara	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Dirigente Medico Clinica Pneumologica – AOU Sassari
Pirina Pietro	Med e Chirurgia	Pneumologia	Direttore UO di Pneumologia Clinica - AOU SASSARI
Sassu Alessandro	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Direttore SSD Pneumologia Osp. San Martino - ORISTANO
Scala Chiara	Med e Chirurgia	Pneumologia	Specializzando presso UO di Pneumologia Clinica - AOU SASSARI
Solinas Sandra Maria Speranza	Med e Chirurgia	Malattie dell'apparato Respiratorio	Responsabile SSD Patologia Respiratoria - ASSL SASSARI
Torrazza Mario	Med e Chirurgia	Allergologia e immunologia clinica	Dirigente Medico -SSN presso AOU CAGLIARI