

**XV CORSO TEORICO PRATICO DI SPIROMETRIA IN ETÀ PEDIATRICA
LIVELLO BASE**

14 marzo 2026

Centro Paolo VI – Via Calini Grezio, 30 – 25121 Brescia

PROGRAMMA

Sabato, 14 marzo 2026

I SESSIONE TEORICA PLENARIA

Moderatori: **R. Badolato, R. Caputo, M. Duse**

- 8.30 Saluto della Presidente SIMRI e Presentazione del corso
S. La Grutta, A. Kantar, G. Tancredi
- 8.40 Anatomia e fisiopatologia del sistema respiratorio
M. Ghezzi
- 9.00 Storia e definizione dei parametri spirometrici
A. Turchetta
- 9.20 Indicazioni e controindicazione della spirometria
C. Calogero
- 9.40 Esecuzione e refertazione della spirometria
G. Tancredi
- 10.00 Spirometria e telemedicina
S. La Grutta
- 10.20 Lettura: La terapia ragionata dell'asma
A. Licari
- 10.40 *Coffee break*

I SESSIONE PRATICA A PICCOLI GRUPPI

- 11.10 **Formazione gruppi di lavoro**
Prove pratiche e casi clinici applicati
Tutor: **A. Kantar, G. Tancredi**
Sala 1: **B. Adinolfi, B. Madini, A. Rocchi**
Sala 2: **B. Andrenacci, C. Loda, C. Tommesani**
Sala 3: **M. Ghezzi, C. Ravelli, M. Seminara**

SALA 1	SALA 2	SALA 3
Gruppo A	Gruppo B	Gruppo C
Gruppo B	Gruppo C	Gruppo A
Gruppo C	Gruppo A	Gruppo B

13.10 *Lunch*

II SESSIONE TEORICA PLENARIA

Moderatori: **A. Kantar, G. Marchese**

- 14.10 Controllo di qualità: errori da evitare
E. Lombardi
- 14.30 I valori di riferimento
G. Viegi
- 14.50 Pulizia e disinfezione della strumentazione
TBD
- 15.10 Lettura: La terapia inalatoria
A. Kantar
- 15.40 *Coffee break*

II SESSIONE PRATICA A PICCOLI GRUPPI

- 16.10 **Formazione gruppi di lavoro**
Prove pratiche e casi clinici applicati
Tutor: **A. Kantar, G. Tancredi**
Sala 1: **B. Adinolfi, B. Madini, A. Rocchi**
Sala 2: **B. Andrenacci, C. Loda, C. Tommesani**
Sala 3: **M. Ghezzi, C. Ravelli, M. Seminara**

SALA 1	SALA 2	SALA 3
Gruppo A	Gruppo B	Gruppo C
Gruppo B	Gruppo C	Gruppo A
Gruppo C	Gruppo A	Gruppo B

*Nell'ambito della "Sessione Pratica a piccoli gruppi", si eseguiranno praticamente le diverse prove di funzionalità respiratoria dopo una spiegazione da parte dei docenti su come eseguire correttamente le diverse prove di funzionalità. Infine, sulla base dei risultati ottenuti, i docenti insegneranno ai discenti come interpretare le prove di funzionalità e come utilizzarle nella diagnosi delle patologie respiratorie del bambino.

SESSIONE INTERATTIVA PLENARIA

- 17.40 Luci ed ombre della Spirometria: discussione interattiva tutor/discenti
- 18.00 Take home message
- 18.30 Chiusura dei lavori

XV CORSO TEORICO PRATICO DI SPIROMETRIA IN ETÀ PEDIATRICA LIVELLO BASE

14 marzo 2026

Centro Paolo VI – Via Calini Grezio, 30 – 25121 Brescia

Razionale Scientifico

Il Corso di Formazione Teorico Pratico di Spirometria in Età Pediatrica - Livello Base è organizzato dalla Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI) ed è dedicato a medici, infermieri e fisioterapisti che si occupano di malattie respiratorie in età evolutiva. Il Corso consentirà ai partecipanti di acquisire conoscenze di base sulla pratica della spirometria e permetterà di diventare esecutori certificati SIMRI dei test spirometrici in età pediatrica, previo superamento della prova teorica e pratica. L'attestato di Esecutore Certificato della Spirometria in Pediatria ha validità di tre anni dalla data del rilascio.

Modalità dello svolgimento delle lezioni

- Lezioni frontali
- Letture magistrali
- Piccoli gruppi di apprendimento coordinati da Tutor con dimostrazioni pratiche e con discussione di casi clinici specifici
- Discussione interattiva e verifica di apprendimento con esame teorico-pratico

Obiettivi del corso

I partecipanti acquisiranno le seguenti conoscenze:

- Anatomia, fisiologia e fisiopatologia del sistema respiratorio
- Standard internazionali di riferimento
- Definizioni e principi della Spirometria
- Descrizione dei diversi tipi di spirometro esistenti e delle relative limitazioni
- Indicazioni e controindicazioni alla esecuzione della Spirometria
- Come si interpreta una Spirometria
- Spirometria e Telemedicina

Obiettivi formativi

Al termine del percorso formativo, i partecipanti avranno appreso:

- Come si esegue la Spirometria
- Indicazioni e controindicazioni alla Spirometria
- Definizione dei valori spirometrici
- Come interpretare i risultati dei test spirometrici
- La Telemedicina applicata alla Spirometria

COORDINATORI SCIENTIFICI

Ahmad Kantar, Ponte San Pietro (BG)
Giancarlo Tancredi, Roma

SEDE • Centro Paolo VI, Via Calini Grezio, 30 – Brescia, 25121

ECM • L'evento sarà inserito nel programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) per la professione di **Infermiere, Infermiere Pediatrico, Fisioterapista e Medico Chirurgo** con le seguenti specializzazioni: Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina dello Sport, Pediatria e Pediatria di Libera Scelta.

Center Comunicazione e Congressi srl

Via G. Quagliariello 27 • 80131 Napoli • info@centercongressi.com • www.centercongressi.com
P.IVA 05705411212 • SDI USAL8PV • centercongressi@pec.it • Tel +39.081.19578490 • Fax +39.081.19578071

member of:

FederCongressi
& eventi

ECM
QUALITY NETWORK

MEMBER
MPI

fiavet
FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONE IMPRESE
VIAGGI E TURISMO



SINTESI DELLE RELAZIONI

Anatomia e fisiopatologia del sistema respiratorio

Quando si parla di fisiopatologia dell'apparato respiratorio in età pediatrica dobbiamo tenere presente che i bambini non sono piccoli adulti, vanno incontro ad una rapida crescita e sviluppo, presentano un'immaturità fisiologica e di conseguenza una maggior vulnerabilità a fattori biologici, chimici e fisici. Esistono differenze significative tra le vie aeree del bambino e dell'adulto. In generale, all'età di 8 anni, le vie aeree sono molto simili alle vie respiratorie degli adulti.

Aspetti tecnici sulla spirometria

L'esame spirometrico ha una lunga storia che comincia della seconda metà degli XIX secolo con John Hutchinson che per primo pensò di misurare i volumi polmonari e costruì, di fatto, il primo spirometro. Oggi esistono numerosi tipi di spirometro, in particolare l'uso del flussimetro ha facilitato la misurazione e reso molto meno costoso, rapido e riproducibile, un esame che è alla base della determinazione di parametri vitali di grande importanza

Controllo di qualità

La calibrazione è un elemento fondamentale della tecnica spirometria. Rendere lo spirometro uno strumento accurato e preciso, è alla base dell'esecuzione dell'esame e della sua interpretazione. L'esecuzione della spirometria necessita di una tecnica standardizzata che assicuri la collaborazione adeguata del paziente per un esame di elevata attendibilità.

Definizione dei parametri spirometrici

Con le attrezzature routinarie in ambito pediatrico vengono rilevati non già dei volumi, ma solo dei flussi; dalla curva flusso/volume ottenuta vengono poi estrapolati i volumi. La definizione dei parametri spirometrici assume particolare importanza nella gestione del bambino asmatico. Tali parametri possono infatti rispecchiare sia un coinvolgimento ostruttivo delle vie aeree più prossimali, sia di quelle distali (bronchi periferici), molto spesso sub-clinico e pertanto insidioso.

Esecuzione della spirometria e applicazioni cliniche

La spirometria rappresenta un test fisiologico che misura il massimo volume di aria che un soggetto può inspirare ed espirare con il massimo sforzo. La procedura comprende quattro manovre fondamentali: inspirazione massimale, veloce espirazione forzata seguita da un più lento completamento della espirazione, una successiva veloce inspirazione fino al raggiungimento del massimo volume polmonare. L'esame, che deve essere completato dal test di broncodilatazione, è di importanza fondamentale per valutare la normale funzionalità respiratoria nel bambino.

Pulizia e disinfezione della strumentazione

Una corretta pulizia e disinfezione sono indispensabili per evitare rischi di infezione o guasti alle apparecchiature che quotidianamente utilizziamo. Conoscere la tipologia degli strumenti, le istruzioni di smontaggio e montaggio, i detergenti e disinfettanti idonei, il timing e quali dispositivi sono raccomandati per ridurre al minimo la possibilità di infezioni crociate, sono tutte accortezze da adottare prima, durante e dopo l'esecuzione dei test di routine delle funzioni polmonari.

CASI CLINICI

Tosse cronica in paziente con pregressa asma ben controllata

Paziente: 10 anni maschio

Storia Clinica: Dall'età di 3 anni soffre di respiro sibilante ricorrente. Prick test positivi per acari ed Alternaria. Terapia di fondo con cortisone topico e salbutamolo "al bisogno". Diagnosi di asma bronchiale persistente lieve. Ultimo controllo nel 2011, spirometria normale. A causa del benessere clinico non ha praticato più controlli. Torna a dicembre 2013 per la presenza di tosse cronica. Inizio dei sintomi a luglio 2013. La sintomatologia è caratterizzata da tosse prevalentemente notturna con risvegli ed episodi di vomito negli ultimi tre mesi. La spirometria denota una curva flusso-volume da ostruzione variabile intratoracica con test di broncodilatazione negativo. Ad un'anamnesi più approfondita viene posto in risalto come la deglutizione, peraltro difficoltosa, venga facilitata da profonde inspirazioni e il pasto, caratterizzato da numerose pause, provochi al bambino una sensazione di peso in epigastrio. Veniva eseguita quindi una fibrobroncoscopia che rivelava "laringe normale e tracheomalacia da compressione vascolare anteriore. Tra il terzo medio e il terzo inferiore della trachea veniva evidenziato del materiale biancastro in faringe, per cui veniva esplorato anche l'esofago che appariva francamente ectasico. Un esofagogramma con pasto baritato rivela la presenza di megaesofago da acalasia esofagea. Una angio-RMN evidenziava inoltre un quadro di compressione vascolare anteriore della trachea da arteria anonima. Quindi in questo bambino il megaesofago da acalasia esofagea aveva determinato la deviazione della arteria anonima con compressione secondaria della trachea e conseguente tracheomalacia.

Diagnosi: Tracheomalacia associata a Megaesofago da acalasia esofagea

Terapia: miotomia esofagea secondo Heller e plastica antireflusso

Asma grave e psiche

Paziente: 17 anni maschio

Storia Clinica: storia di crisi broncostruttive dall'età di 2 anni. L'insorgenza di tali crisi è stata sempre favorita da fattori scatenanti quali sforzo fisico o inspirazione occasionale di aria fredda o umida. Ha eseguito le prove allergiche cutanee che sono sempre risultate negative ed il test alla metacolina che ha dato esito positivo. il ragazzo lamenta aggravamento dei sintomi negli ultimi 2 anni, con presenza di episodi asmatici acuti e di gravità tale da richiedere sempre l'intervento del 118. Gli episodi avvengono sempre di mattina e sempre durante l'orario scolastico con una maggiore frequenza nel periodo primaverile.

È stata interrotta qualunque attività che richieda anche un minimo sforzo. I sintomi respiratori non si sono mai presentati durante la notte. È in terapia di fondo con Seretide spray 25/50 mcg 2 puff per 2 volte al dì e Montelukast 10mg/die, senza riduzione della frequenza delle crisi asmatiche acute. EO: normale. La spirometria, nonostante l'età, viene eseguita in modo non soddisfacente. Il quadro clinico è quello di un paziente con stato ansioso evidente e la cui storia di asma è sicuramente aggravata da una componente psicosomatica. In base alla storia clinica, alla presenza di sintomi solo diurni ed all'evidente stato di alterazione emotiva, si pone il sospetto diagnostico di disfunzione delle corde vocali, sospetto confermato da una successiva laringoscopia. Si mantiene la terapia di fondo e si consiglia, come indicato da precedenti lavori (Archer GJ et al. - *Inspiratory vocal cord dysfunction, a new approach in treatment. Eur Respir J. 2000; 15: 617*) l'esecuzione di una ginnastica respiratoria giornaliera, caratterizzata da inspirazione forzata contro resistenza. Una successiva spirometria, eseguita a due mesi di distanza e dopo un miglioramento della manifestazione ansiosa, ha consentito di evidenziare un quadro tipico di "ostruzione variabile extratoracica"

Diagnosi: Disfunzione delle corde vocali

Terapia: esercizi di inspirazione forzata contro resistenza

Una spirometria apparentemente normale

Paziente: 12 anni maschio

Storia Clinica: asma bronchiale allergico di difficile controllo, allergopatia respiratoria (Corilacee), e IRR. A domicilio budesonide 200 mcg 1 puff x 2v/dì. Penultima visita a maggio 2014, durante la quale veniva rilevato il peggioramento delle condizioni respiratorie con presenza recente di: "difficoltà respiratoria e fischi per cui effettuava aerosol (salbutamolo e cortisone topico) e cortisone orale (diversi cicli da 3 giorni) con lieve miglioramento e poi ricaduta. Da 4 giorni benessere, persiste tosse durante lo sforzo. Il reperto ascoltorio toracico è normale. I prick test negativi. La spirometria ha un aspetto caratterizzato dal valore del PEF (69% pred) nettamente ridotto rispetto a quello del FEV₁(84% pred) e da una FVC alta (122% pred). Il test di broncodilatazione è negativo. Tali anomalie spirometriche, nell'ambito di una non rispondenza alla terapia antiasmatica, ci hanno fatto porre il sospetto di un'ostruzione variabile intratoracica con indicazione alla broncoscopia. L'esame broncoscopico ha rivelato la presenza di stenosi serrata del bronco principale di sn.

Diagnosi: Stenosi del bronco principale di sn

Terapia: Dilatazione con applicazione di stent bronchiale per via endoscopica

Asma di difficile controllo, come la spirometria può aiutarci

Paziente: 8 anni maschio

Storia Clinica: asma bronchiale di difficile controllo ed obesità: peso 52 Kg, altezza 134 cm. Presenta Asma intrinseco in terapia con Singulair 5 mg/die. I genitori riferiscono che vi è stata la necessità quindici giorni prima di accesso al PS per una crisi asmatica intensa con saturazione O₂ normale. La crisi si è risolta solo dopo il ricorso al cortisone per os. Il reperto ascoltorio toracico è normale. Prick test negativi. La spirometria presenta un PEF (78% pred) di poco inferiore al FEV₁ (86% pred), ma con una FVC superiore alla norma (112% pred), test di BD negativo. Un approfondimento diagnostico con Rx Torace evidenzia: Base polmonare sx meno espansa della controlaterale per lieve sollevamento dell'emidiaframma. Conservata la trasparenza polmonare su tutto l'ambito. Ombra cardiovasale nei limiti. Non falde pleuriche. Si decide di far effettuare broncoscopia: Ingresso da narice sx. Adenoidi 2-3/5. Normale anatomia laringea. Corde vocali mobili simmetriche. Trachea mediana pervia. Sulla parete posteriore, nel terzo inferiore, visibili alcune granulazioni. Normale l'anatomia del bronco principale di dx e delle diramazioni a valle esplorabili, eccetto il bronco per il lobo medio che appare malacico. Il bronco principale di sx appare appiattito nei 2/3 distali. Moderata resistenza al passaggio dello strumento, che tuttavia riesce a superare l'area di appiattimento con visualizzazione della diramazione a valle che presenta normale anatomia.

Diagnosi: Broncomalacia del bronco per il lobo medio ed appiattimento dei 2/3 distali del bronco principale di sn

Terapia: Riabilitazione respiratoria

Asma con test di broncodilatazione negativo

Paziente: Femmina 52 anni

Storia Clinica: Diagnosi in età infantile di asma bronchiale allergico persistente. Terapia di fondo in atto con Formoterolo e Cortisone topico, ma negli ultimi anni la patologia asmatica è divenuta di difficile controllo, con ricorso frequente alla terapia steroidea orale il controllo della malattia. La paziente presenta una importante limitazione dell'attività fisica quotidiana. Presenta una spirometria tipica per sindrome ostruttiva con un Indice di Tiffenau pari al 65%, ma con un test di broncodilatazione negativo. Si consiglia l'esecuzione di una TAC che rivela la presenza di una massa nel bronco principale di sn. Alla broncoscopia: neof ormazione mesenchimale di tipo mixoide della lamina propria bronchiale senza segni istologici di malignità.

Diagnosi: Tumore benigno del bronco principale di sn

Terapia: escissione per via endoscopica

Caso Clinico

Aurora ha 5 anni ed è stata inquadrata come *severe intermittent wheezer*. Presenta infatti delle crisi broncostruttive che, per quanto non frequenti si caratterizzano per la loro gravità. Ha una ipersensibilità (testata con Prick e RAST) agli Acari Domestici ed alle Graminacee e dopo l'ultimo episodio il Suo Medico ha fornito la famiglia di un *mini-wright* atto alla misurazione del PEF. Tuttavia, non viene consigliata una misurazione quotidiana con relativo diario per un certo periodo, ma solamente una misurazione occasionale (in presenza di sintomi).

Un pomeriggio i genitori telefonano al loro Medico riferendo che Aurora da circa 24 ore ha tosse, modica dispnea, wheezing ma che il valore del PEF rientra ancora nella normalità (secondo i parametri forniti alla famiglia dal Medico stesso).

Il Medico risponde che, vista la normalità del PEF, non è necessario visitare la paziente e prescrive per telefono una terapia con *salbutamolo* per via inalatoria. Nella nottata Aurora presenta un aggravamento e viene condotta c/o Pronto Soccorso, dove viene rilevata una riacutizzazione asmatica di grave entità ed un Rx del torace mette in evidenza un intenso *air-trapping*, complicato da *pneumotorace*, *pneumomediastino*, *enfisema sottocutane*. Una delle limitazioni del PEF, qualora utilizzato in modo non idoneo, è proprio la possibilità che un PEF normale per l'età possa sottendere una broncostruzione anche considerevole. IL PEF non sostituisce la spirometria completa!

Caso Clinico

Giulia ha 13 anni e presenta da alcuni anni sintomi di oculo-rinite stagionale attribuiti a rino-sinusite e congiuntivite allergica (ipersensibilità alle Graminacee) e trattata con antistaminici e steroidi nasali.

Pratica attività ginnico-sportiva (palla a volo) senza alcun problema ma da alcune settimane presenta improvvisamente, durante l'attività, senso di dispnea. Viene visitata più volte dal Medico durante questi episodi, ma non si mette in evidenza alcunché di alterato al torace. Anche la spirometria, effettuata nella fase di espirio, è perfettamente normale per l'età e le misure antropometriche. Effettua un Test di broncodilatazione ed un Test da sforzo che risultano nella norma; tuttavia, ipotizzando una forma di EIA, il Medico prescrive premedicazione saltuaria con salbutamolo. Tuttavia, Giulia non mostra alcun miglioramento. In occasione della ultima crisi la paziente viene condotta presso un Centro di Malattie Respiratorie Infantili dove non si rilevano elemento patologici alla ascoltazione toracica. Viene effettuata una spirometria in espirio che, come in precedenza, risulta nella norma. Tuttavia, in questa occasione il Medico sottopone Giulia ad una spirometria completa, in inspirio ed espirio. Si rileva immediatamente come il rapporto tra le due fasi (inspirio ed espirio, normalmente circa 1) è fortemente alterato, a discapito proprio della fase di inspirio, la cui curva è anche alquanto dentellata. Il quadro è molto evocativo per una Disfunzione delle Corde Vocali, e tale diagnosi viene confermata dalla endoscopia effettuata subito dopo. La Disfunzione delle Corde Vocali non è infrequente, specie in età adolescenziale, e rientra nella diagnosi differenziale con l'asma bronchiale. Purtroppo, le due patologie (Asma e Disfunzione Corde Vocali) possono coesistere nello stesso paziente in circa il 30% dei casi. Anche se la diagnosi definitiva è endoscopica, una spirometria completa, caratterizzata da *rapporto inspirio/espirio alterato* (a discapito soprattutto della fase di inspirio) può indurre un alto indice di sospetto clinico di Disfunzione delle Corde Vocali, così come di altre turbe delle vie aeree centrali. La spirometria, età permettendo, dovrebbe essere sempre effettuata in modo completo, soprattutto di fronte a sintomi che possono *mimare* l'asma bronchiale.

Caso Clinico

Diego, 10 anni, è affetto da rino-sinusite allergica da ipersensibilità ad Acari e Graminacee dall'età di 5 anni e viene puntualmente sottoposto a cicli di antistaminici ed occasionalmente anche a brevi cicli di steroidi endonasali.

Non riferisce sintomi respiratori francamente evocativi di asma e pertanto in occasione delle Visite Allergologiche non viene mai effettuata una spirometria. Recentemente, tuttavia, riferisce che durante l'attività ginnico-sportiva amatoriale (bicicletta) talora ha modica tosse e tende a stancarsi più del solito. Viene effettuata una spirometria che mostra *FEV1*, *CVF* e *PEF* nella norma per età, sesso e misure antropometriche; la risposta è ottenuta in automatico da mini-computer collegato alla turbina spirometrica. La sua sintomatologia viene pertanto attribuita alla sua allergopatia di base (rino-sinusite) e viene aumentata la posologia dell'antistaminico. Dopo due settimane, in piena stagione fredda, Diego va incontro ad una forma simil-influenzale e presenta una sintomatologia caratterizzata da tosse, febbre ed ostruzione nasale marcata. Durante la notte presenta una insufficienza respiratoria ingravescente per la quale viene condotto d'urgenza presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Pediatrico vicino alla sua residenza. In tale sede viene diagnosticata una grave crisi asmatica ed un Rx del torace (e successivamente un TAC) rilevano pneumotorace, pneumomediastino, intenso enfisema sottocutaneo. I test virologici evidenziano il *Rhinovirus* quale agente etiologico del grave episodio. Viene altresì meglio esaminata la precedente spirometria e, ad una lettura più approfondita, si rileva una significativa riduzione del *FEF 25-75*, che esprime il flusso nelle vie aeree più periferiche ed un *indice di Tiffeneau* non ottimale per l'età. Se si fosse tenuto conto di tali elementi, non affidandosi solamente alla risposta automatica del computer, probabilmente si sarebbe messa in evidenza una asma in fase iniziale e l'episodio si sarebbe potuto evitare o per lo meno limitare. L'indagine spirometrica deve essere sempre completa e si devono prendere in considerazione anche e soprattutto i parametri che esplorano le vie aeree più piccole. Non ci deve limitare alle sole vie aeree di grosso calibro e, nell'ambito di queste, maggior attenzione andrebbe riservata all'indice di Tiffeneau. Infatti, questo parametro ha dei valori normali nella infanzia che sono molto diversi da quelli dell'adulto ed anche una sua lieve riduzione (normale per un adulto) può riflettere la possibilità di una crisi asmatica incipiente. Soprattutto ogni paziente con *rinosinusite allergica*, anche se non riferisce franchi sintomi di asma, dovrebbe sempre essere indagato per la possibilità di un'asma occulto (o subclinico), così come ogni paziente con asma dovrebbe sempre essere studiato anche sotto il profilo rino-sinusale.

Caso Clinico

Ragazza di 16 anni con storia di tosse cronica, quasi unicamente notturna, accompagnata da episodi di vomito e rigurgito frequente. Viene intrapresa terapia anti-asma e una terapia anti-reflusso gastro-esofageo, senza risultato. La spirometria di base mostrava decapitazione della porzione espiratoria della curva flusso-volume. Questa alterazione ha posto il sospetto di una compressione ab estrinseco delle vie aeree centrali ed ha indicato l'esecuzione di una broncoscopia, che ha messo in evidenza un lume tracheale ovalizzato per tutta la sua lunghezza, con schiacciamento della trachea in senso postero-anteriore. L'esofago-gastro-duodeno-scopia e un esofagogramma con contrasto confermava un quadro caratteristico per acalasia esofagea.

XV CORSO TEORICO PRATICO DI SPIROMETRIA IN ETÀ PEDIATRICA LIVELLO BASE

14 marzo 2026

Centro Paolo VI – Via Calini Grezio, 30 – 25121 Brescia

CURRICULA DOCENTI

Si allega al programma del convegno ed al rationale scientifico le affiliazioni dei docenti che prenderanno parte all'evento. In proposito si certifica che i curricula dei docenti sono in nostro possesso e archiviati presso la nostra sede.

QUALIFICHE PROFESSIONALI E SCIENTIFICHE DEI RELATORI

Cognome	Nome	Laurea	Area Specialistica	Ente/Qualifica	Città
Adinolfi	Barbara	Medicina e chirurgia	Pediatria	Pediatra di libera scelta presso ATS Garda in Villanuova Sul Clisi (BS)	Brescia
Andrenacci	Beatrice	Medicina e chirurgia	Pediatria	Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Via Panzi, 6	Milano
Badolato	Raffaele	Medicina e chirurgia	Pediatria	Professore Ordinario Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali	Brescia
Calogero	Claudia	Medicina e chirurgia	Pediatria	Pediatra dirigente medico presso AUO A. MEYER	Firenze
Caputo	Roberto	Medicina e chirurgia	Pediatria	Membro Consiglio Direttivo della Società Italiana di Oftalmologia Pediatrica e dell'Internazionaldell'American Academy of Ophthalmolog	Brescia
Duse	Marzia	Medicina e chirurgia	Pediatria	Presidente SIAIP Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica.	Roma
Ghezzi	Michele	Medicina e chirurgia	Pediatria	Dirigente medico Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi" Pediatria e Neonatologia	Milano
Kantar	Ahmad	Medicina e chirurgia	Pediatria	UO Pediatria, Responsabile Reparto Pediatria Policlinico San Pietro	Bergamo

Center Comunicazione e Congressi srl

Via G. Quagliariello 27 • 80131 Napoli • info@centercongressi.com • www.centercongressi.com
P.IVA 05705411212 • SDI USAL8PV • centercongressi@pec.it • Tel +39.081.19578490 • Fax +39.081.19578071

member of:

La Grutta	Stefania	Medicina e chirurgia	Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Allergologia e Immunologia Pediatrica	Dirigente Medico I Livello a tempo pieno di pediatria, Primo Ricercatore	Palermo
Licari	Amelia	Medicina e chirurgia	Pediatria	Professore II fascia in Pediatria generale e specialistica – Università degli studi di Pavia c/o Ospedale Policlinico S. Matteo	Pavia
Loda	Cristina	Medicina e chirurgia	Pediatria	Pediatra di Libera scelta presso Gambarara/Gottolengo	Brescia
Lombardi	Enrico	Medicina e chirurgia	Pediatria Allergologia e Immunologia Pediatrica	Dirigente Medico Livello I Responsabile del Dipartimento Broncopneumologia	Firenze
Madini	Barbara	Medicina e chirurgia	Pediatra	Pediatria Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico	Milano
Marchese	Giuseppe	Medicina e chirurgia	Pediatria	Pediatra libera scelta Darfo Boario terme	Brescia
Ravelli	Chiara	Medicina e chirurgia	Pediatria	Pediatria libera scelta ASST Ospedale civile di Brescia	Brescia
Rocchi	Alessia	Medicina e chirurgia	Pediatria	PS Pediatrico, Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico Milano, Via Sforza, 28	
Seminara	Manuela	Medicina e chirurgia	Pediatria	Policlinico San Pietro	Bergamo
Tancredi	Giancarlo	Medicina e chirurgia	Malattie dell'apparato respiratorio, Pediatria	Professore Ass. a In unam Sapientiam Fondazione Roma Sapienza, già Professore di Pneumologia pediatrica alla Sapienza Università di Roma.	Roma
Tommesani	Chiara	Medicina e chirurgia	Pediatria	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	Milano
Turchetta	Attilio	Medicina e chirurgia	Allergologia pediatrica	MD Resp. del Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	Roma
Viegi	Giovanni	Medicina e chirurgia	Pediatria	Professore a contratto Direttore di Istituto di Biomedicina e di Immunologia Molecolare CNR "A. Monroy"	Palermo