



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici  
Associati al Quirino

SIPPS & FIMPAGGIORNA 2013

UNIVERSO PEDIATRIA

La competenza multidisciplinare per un'appropriatezza diagnostica e terapeutica



Area Pediatrica del programma di Medicina Generale e Ospedale del territorio della ASL

Isola del Corso

Ospedale POMA PEDIATRIA, Via Lombardi - Caserta

Coordinatore Scientifico  
Giuseppe Di Mauro



# Alberto Villani

**UOC Pediatria Generale e Malattie Infettive**  
**Dipartimento Medicina Pediatrica**  
**Direttore: Alberto G. Ugazio**

## La sepsi nel lattante



Bambino Gesù  
OSPEDALE PEDIATRICO

# Unità Operativa di Pediatria Generale e Malattie Infettive

## Dipartimento di Medicina Pediatrica

### Attività sanitaria 2012 (DMP)

**Ricoveri ordinari: 5.206**  
**Day Hospital: 13.013**  
**Ambulatorio: 65.486**  
**Peso medio: 0,86**



# La sepsi nel lattante

- La diagnosi di sepsi nel lattante (l'anno di vita, esclusa l'età neonatale) è particolarmente impegnativa e difficoltosa perché spesso i sintomi iniziali sono sfumati e comuni a molte altre situazioni meno gravi.
- La diagnosi deve avvalersi dell'integrazione tra i dati clinici, laboratoristici e strumentali. Nessun elemento, da solo, può consentire la diagnosi.
- La diagnosi deve essere precoce.
- La terapia, empirica, deve essere iniziata nel più breve tempo possibile.

R. P. Dellinger  
Mitchell M. Levy  
Andrew Rhodes  
Djillali Annane  
Herwig Gerlach  
Steven M. Opal  
Jonathan E. Sevransky  
Charles L. Sprung  
Ivor S. Douglas  
Roman Jaeschke  
Tiffany M. Osborn  
Mark E. Nunnally  
Sean R. Townsend  
Konrad Reinhart  
Ruth M. Kleinpell  
Derek C. Angus  
Clifford S. Deutschman  
Flavia R. Machado  
Gordon D. Rubenfeld  
Steven Webb  
Richard J. Beale  
Jean-Louis Vincent  
Rui Moreno

The Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee  
including The Pediatric Subgroup\*

## **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2012**

**63 pagine.**  
**Dedicate alla Pediatria: 7 pagine**  
**(da pag. 199 a pag. 205)**

# International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics\*

Brahm Goldstein, MD; Brett Giroir, MD; Adrienne Randolph, MD; and the Members of the International Consensus Conference on Pediatric Sepsis



# CLASSIFICAZIONE

**INFEZIONE:** E' il sospetto o la prova di una infezione causata da un qualsiasi agente patogeno

**SIRS:** Sindrome della risposta infiammatoria sistemica è una risposta infiammatoria diffusa e importante che può essere o non essere associata a una infezione. Si basa sulla presenza di almeno 2 dei seguenti criteri:  $t > 38,5^{\circ} \text{ C}$  o  $< 36^{\circ} \text{ C}$ ; FR molto aumentata o ventilazione meccanica; FC molto aumentata; leucocitosi o leucopenia.

**SEPSI:** SIRS in presenza di sospetta o provata infezione. (Sepsi grave, shock settico, shock settico refrattario, insufficienza multiorgano)

# SIRS – CRITERI PEDIATRICI

ETA'	FREQUENZA CARDIACA (BATTITI/MINUTO)		FREQUENZA RESPIRATORIA (ATTI/MINUTO)	CONTA LEUCOCITI (LEUCOCITI x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA (mmHg)
	TACHICARDIA	BRACHICARDIA			
NEONATI 0-1 SETTIMANA	> 180	< 100	> 50	> 34	< 59
NEONATI 1 SETTIMANA-1 MESE	> 180	< 100	> 40	> 19,5 o < 5	< 79
LATTANTE 1 MESE-1 ANNO	> 180	< 90	> 34	> 17,5 o < 5	< 75
PRESCOLARE	> 140	NA	> 22	> 15,5 o < 6	< 74
SCOLARE	> 130	NA	> 18	> 13,5 o < 4,5	< 83
ADOLESCENTE	> 110	NA	> 14	> 11 o < 4,5	< 90



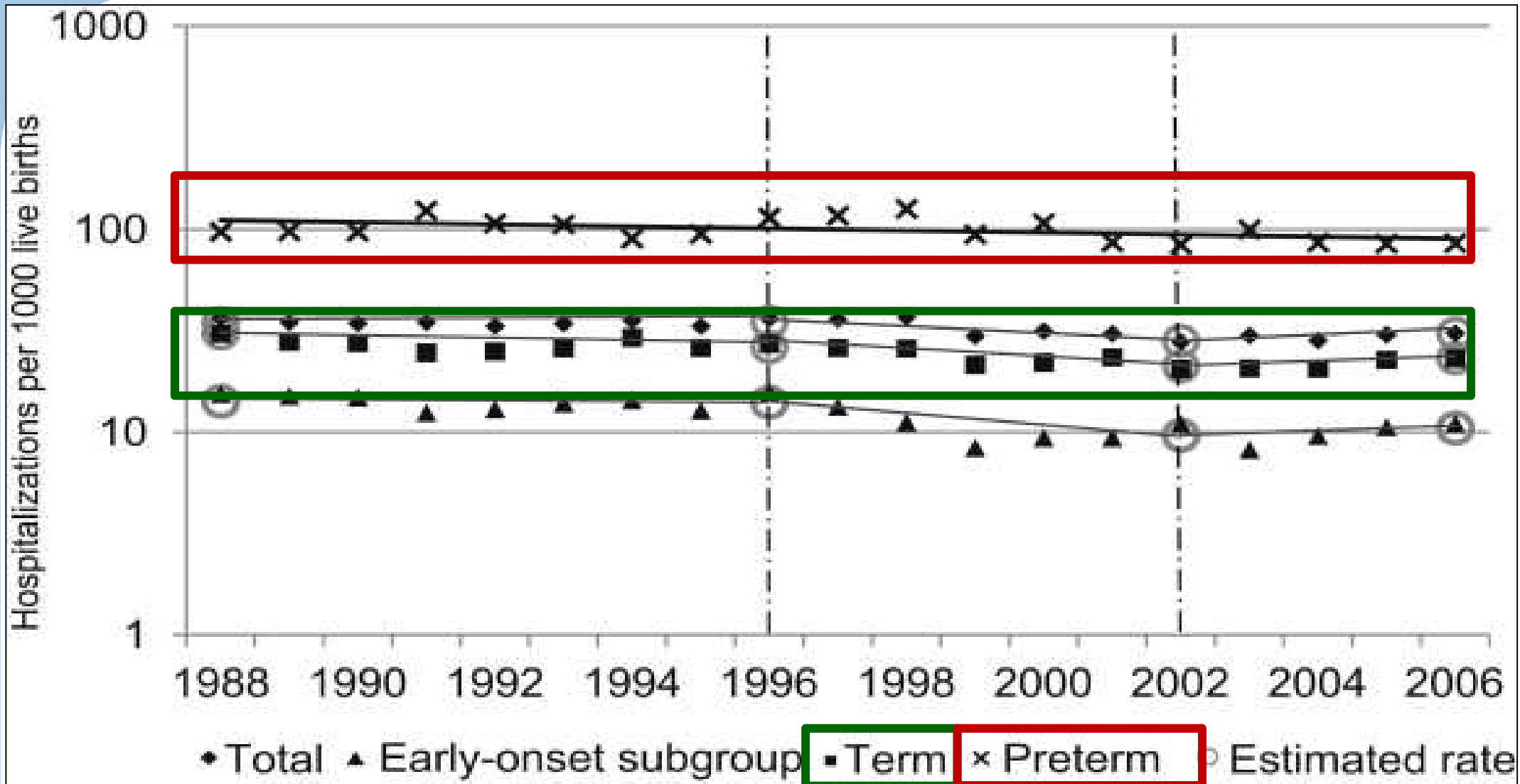


Figure Rates of sepsis hospitalization in infants aged <3 months by gestational age, NHDS, 1988-2006 (log-linear graph).

**Bambini ospedalizzati: bambini con necessità assistenziali complesse (pretermine con esiti)**



Bambino Gesù  
OSPEDALE PEDIATRICO

**Cosa indicano le Linee Guida nei lattanti (in particolare < 90 giorni di età) in caso di sospetta sepsi?**

- 1) Ricovero ospedaliero**
- 2) Esami ematochimici**
- 3) PL**
- 4) Colture (sangue, urine, ecc,)**
- 5) Terapia empirica**

**Cosa avviene in realtà?**



# SEPSI IN LATTANTE IN OSPEDALE PEDIATRICO

- **Valutare l'approccio diagnostico e terapeutico al lattante febbrile, con sospetta sepsi, di età  $\leq 90$  giorni presso il Dipartimento di Medicina Pediatrica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e l'aderenza dei comportamenti alle Linee Guida.**
- **Analizzare i principali germi responsabili delle infezioni batteriche gravi (IBG).**
- **Valutare l'antibiotico-resistenza nelle IBG nei lattanti  $<90$  giorni.**



# CASISTICA

**Sono stati arruolati tutti pazienti di età < 90 giorni di vita con febbre, senza segni di localizzazione, con sospetta sepsi, ricoverati da Luglio 2011 a Dicembre 2012.**

**Per ogni paziente è stato considerato:**

- **sesso**
- **età gestazionale**
- **anamnesi perinatale**
- **presenza di patologie croniche**
- **età al ricovero**
- **segni/sintomi all'ingresso**
- **durata della degenza**
- **diagnosi di dimissione**
- **esami di laboratorio all'ingresso**
- **esami colturali**
- **esame chimico-fisico liquor**
- **liquorcoltura**
- **tipo e durata della terapia**



# A tutti i pazienti, all'ingresso, è stato attribuito uno SCORE CLINICO

<b>1</b>	<p><b>Condizioni generali buone</b>  <b>FC &lt;180 battiti minuto</b>  <b>Nessun sintomo associato</b></p>
<b>2</b>	<p><b>Condizioni generali discrete</b>  <b>FC &lt;180 battiti minuto</b>  <b>Nessun sintomo associato</b></p>
<b>3</b>	<p><b>Condizioni generali discrete ± cute marezzata/pallida</b>  <b>FC &lt;180 battiti minuto</b>  <b>Sintomi: irritabilità, sonnolenza, inappetenza</b></p>
<b>4</b>	<p><b>Condizioni generali mediocri/gravi ± cute marezzata/pallida</b>  <b>± Refill &gt; 3" - FC &gt; 180 battiti minuto</b>  <b>Sintomi: irritabilità, sonnolenza, inappetenza</b></p>

# CRITERI DI ESCLUSIONE

- **pazienti con storia clinica, sintomi e segni che permettevano di identificare l'origine dell'infezione (tosse, difficoltà respiratoria otite, etc)**
- **lattanti prematuri (EG <37 settimane)**
- **pazienti con malattie croniche**
- **pazienti sottoposti precedentemente a interventi chirurgici**
- **pazienti sottoposti a vaccinazione nella settimana precedente il ricovero**



**104 lattanti (63 M - 41 F)**  
**di cui 27 neonati (17 M - 10 F)**  
**età media  $44,8 \pm 20,9$  gg**

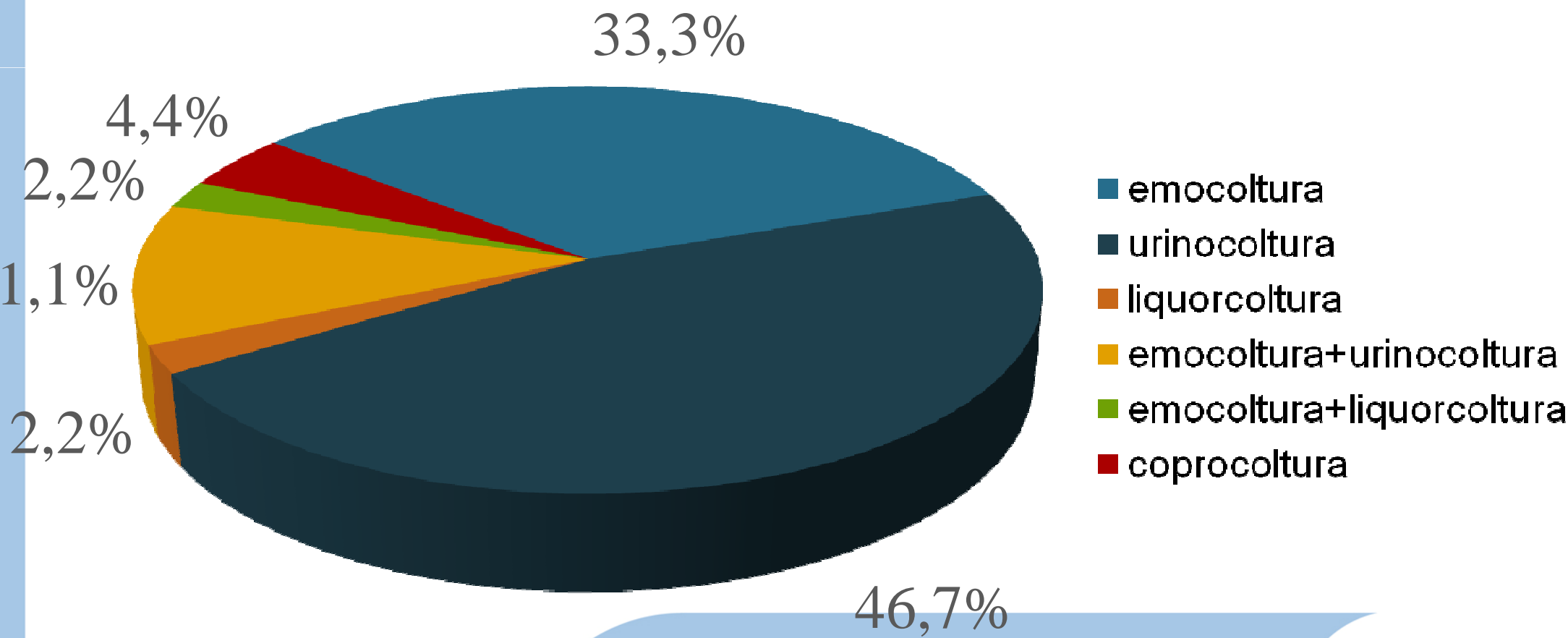
**Tutti i pazienti all'ingresso, nel sospetto di sepsi, hanno eseguito:**

- **Emocromo, PCR**
- **Emocoltura**
- **Esame urine**
- **Urinocoltura**

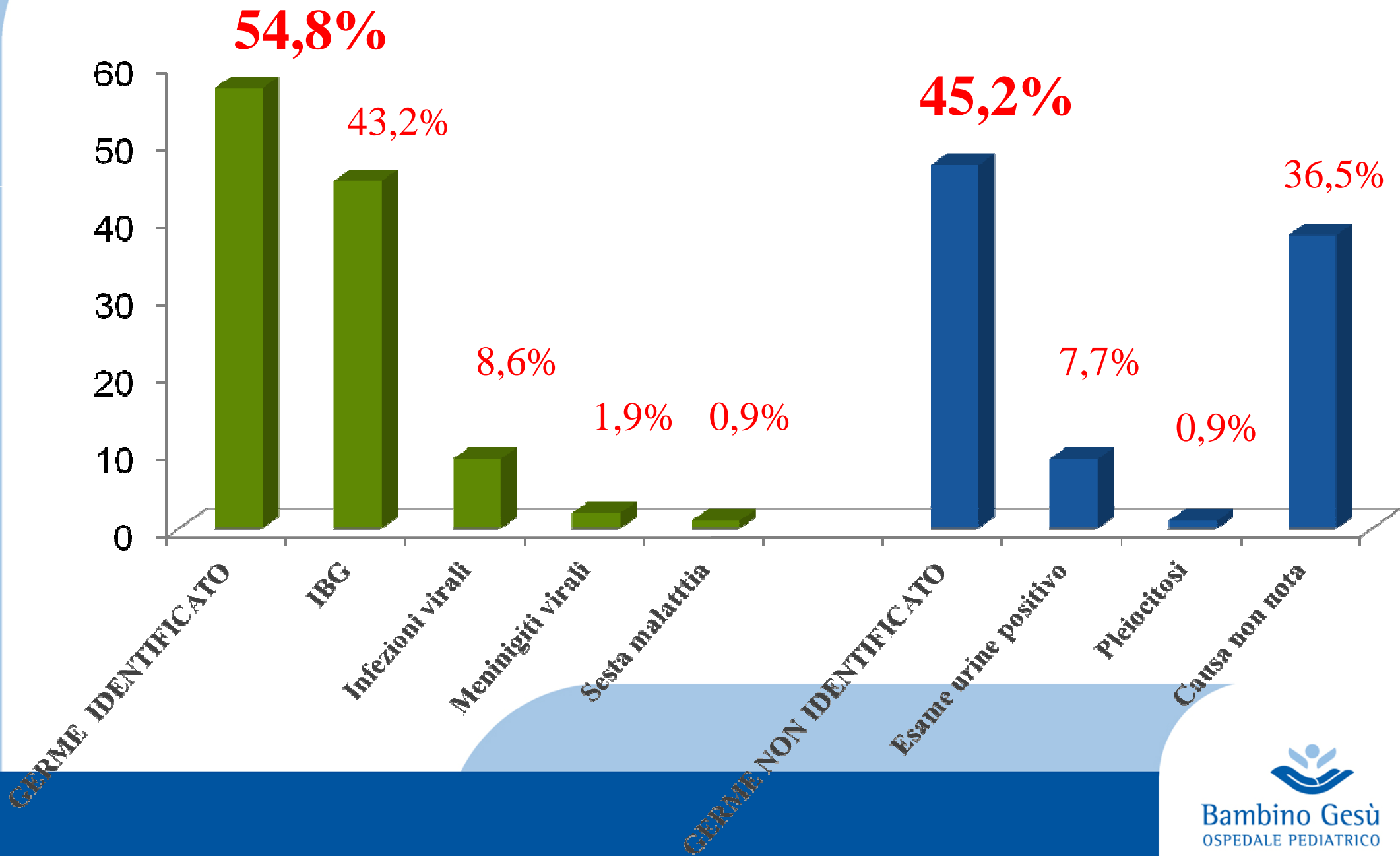


# RISULTATI

## 45 pazienti con IBG




# RISULTATI



Tipo di IBG	N° casi	Patogeni
IVU	21	<b>E. Coli</b> <b>12</b>
		Enterococcus faecalis 4
		Pseudomonas aeruginosa 1
		Klebsiella pneumoniae 2
		Klebsiella oxytoca 2
Batteriemia	15	Enterococcus faecalis 1
		Strept. di gruppo B 1
		Strept. pyogenes 1
		Strept. spp. 2
		Strept. vestibularis 1
		Stafyloc. epidermidis 1
		Stafyloc.aureus 4
		Stafyloc. saprofitucs 1
		Micrococcus luteus 1
		H. influenzae 1
		Klebsiella oxytoca 1
Enterite	2	Salmonella B 2
Meningite	1	Stafyloc warneri 1
Batteriemia + Meningite	1	Strept pneumoniae 1
Batteriemia + IVU	5	<b>E. Coli</b> <b>3</b>
		Stafyloc epidermidis 1
		Klebsiella pneumoniae 1

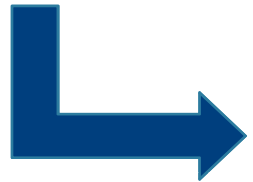


Tipo di IBG	N° casi	Patogeni	
<b>IVU</b> 	<b>21</b>	<b>E. Coli</b>	<b>12</b>
		Enterococcus faecalis	4
		Pseudomonas aeruginosa	1
		Pseudomonas aeruginosa	2
Batteriemia	15	Klebsiella pneumoniae	2
		Klebsiella oxytoca	2
		H. influenzae	1
		Klebsiella oxytoca	1
Enterite	2	Salmonella B	2
Meningite	1	Stafilococcus warneri	1
Batteriemia + Meningite	1	Streptococcus pneumoniae	1
Batteriemia + IVU	5	<b>E. Coli</b>	<b>3</b>
		Stafilococcus epidermidis	1
		Klebsiella pneumoniae	1



# RISULTATI

## 26 pazienti con IVU




25 hanno effettuato ecografia renale

8 bambini (32%): anomalie del rene o delle vie urinarie

- dilatazione della pelvi renale bilaterale (3)
- ectasia pielica a sinistra (2)
- dilatazione della pelvi bilaterale con rene sin  $\uparrow$  di V (1)
- ectasia pielica e dilatazione dell'uretere a sinistra (1)
- ipoplasia renale destra associata a idroureteronefrosi (1)



Tipo di IBG	N° cas		
IVU	21		Enterococcus faecalis 1
<b>Batteriemia</b> 	<b>15</b>		<b>Strept. di gruppo B</b> 1
			Strept. pyogenes 1
			Strept. spp. 2
			Strept. vestibularis 1
			Stafyloc. epidermidis 1
			Stafyloc.aureus 4
			Stafyloc. saprofitucs 1
			Micrococcus luteus 1
			H. influenzae 1
			Klebsiella oxytoca 1
Enterite	2		
Meningite	1		
Batteriemia + Meningite	1		
Batteriemia + IVU	5		
			Klebsiella pneumoniae 1

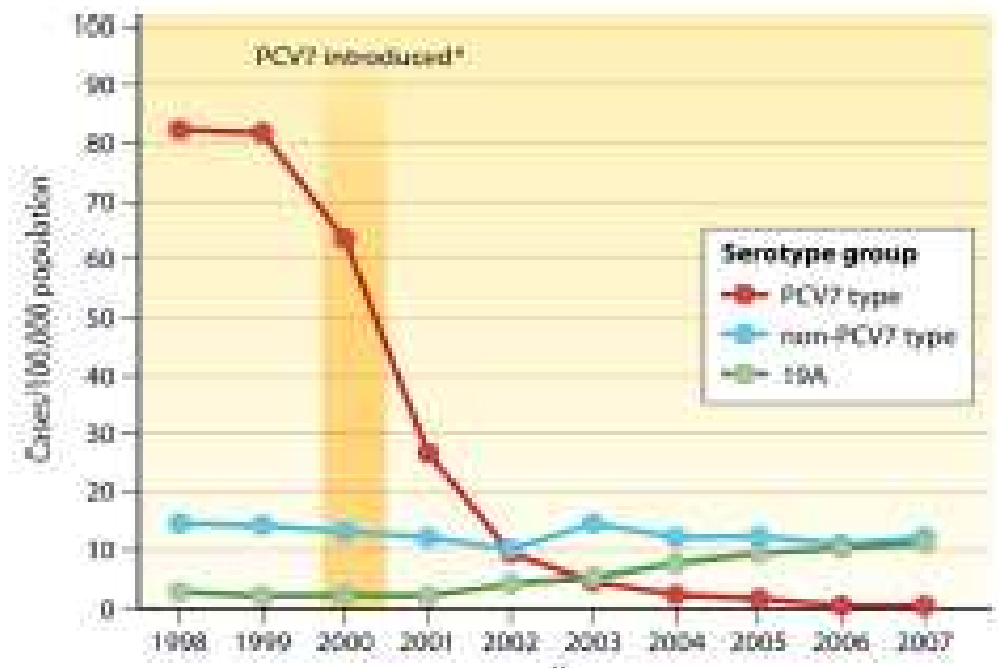
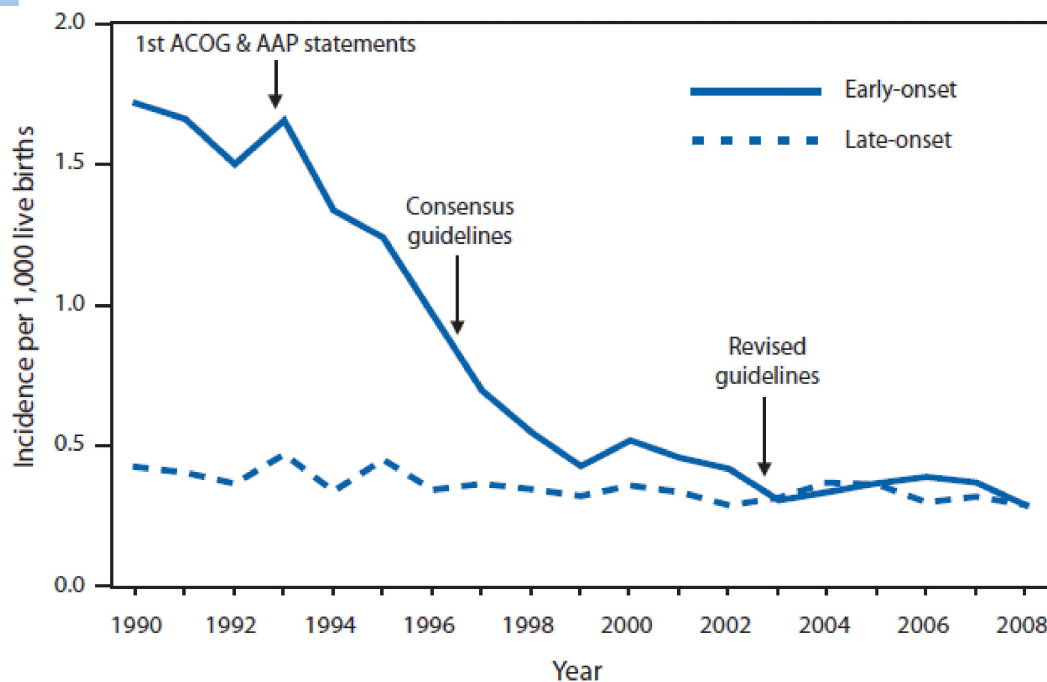
Tipo di IBG	N° casi	Patogeni	
IVU	21	<b>E. Coli</b>	<b>12</b>
		Enterococcus faecalis	4
		Pseudomonas aeruginosa	1
		Klebsiella pneumoniae	2
		Klebsiella oxytoca	2
Batteriemia	15	Enterococcus faecalis	1
		Strept. di gruppo B	1
		Strept. pyogenes	1
		Strept. spp.	2
		Strept. vestibularis	1
		Stafyloc. epidermidis	1
		Stafyloc. aureus	4
		Stafyloc. saprofitus	1
		Micrococcus luteus	1
		H. influenzae	1
		<b>Enterite</b>	<b>2</b>
<b>Meningite</b>	<b>1</b>	Stafyloc warneri	<b>1</b>
<b>Batteriemia + Meningite</b>	<b>1</b>	<b>Strept pneumoniae</b>	<b>1</b>
<b>Batteriemia + IVU</b>	<b>5</b>	<b>E. Coli</b>	<b>3</b>
		Stafyloc epidermidis	1
		Klebsiella pneumoniae	1

## ➤ Cambiamenti epidemiologici:

↑ delle IBG da Gram – ( in particolare E. Coli)

↓ delle infezioni da GBS e Str. Pneumoniae

(profilassi intrapartum, vaccinazioni)



**Incidenza delle sepsi da GBS negli USA dal 1990 al 2008**

**Incidenza delle IBG da Str. Pneumoniae negli USA dal 1998 al 2007 in bm < 5aa**

# Early-onset group B Streptococcal sepsis: new recommendations from the Centres for Disease Control and Prevention

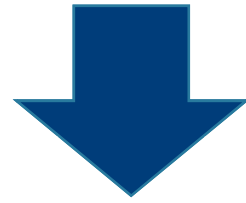
Tara M Randis, Richard A Polin



# RISULTATI

	<b>GERME ISOLATO</b> 57 pz	<b>INFEZIONE PROBABILE</b> 9 pz	<b>CAUSA NON NOTA</b> 38 pz	
TC° C media ± DS	38,5 ± 0,5	38,5 ± 0,5	38,4 ± 0,4	NS
SCORE CLINICO				
1-2	22	4	21	NS
3-4	35	5	17	
GB >15.000	15	2	2	
GB < 5.000	7	2	10	NS
GB media ± DS	12.363 ± 6.054	11.647 ± 5.372	8.585 ± 4.775	
<b>PCR &gt; 0,5 mg/dl</b>	<b>50 pz (87,7%)</b>	<b>8 pz (88,8%)</b>	<b>13 (36,8%)</b>	<b>p&lt;0.05</b>
<b>PCR media ± DS</b>	<b>6,1± 7,1</b>	<b>4,6 ± 6,4</b>	<b>1,99 ± 3,7</b>	
gg ricovero media ± DS	8,63 ± 7,04	6,99 ± 2,80	5,95 ± 1,8	NS
<b>T. antibiotica media ± DS</b>	<b>12,56 ± 4,69</b>	<b>11,22 ± 3,77</b>	<b>9,86 ± 2,58</b>	<b>p&lt;0,05</b>

E' difficile poter distinguere all'ingresso i pazienti con infezione certa in base ai singoli criteri clinici e/o laboratoristici



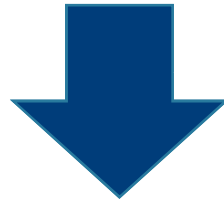
Sono in corso studi per la ricerca di nuovi markers precoci di diagnosi e prognosi delle IBG  
(IL-6, IL-1b, TNF- $\alpha$ )

A oggi non è disponibile un marcatore ideale.

**Il sospetto diagnostico si basa sulla valutazione dell'insieme delle caratteristiche cliniche e dei risultati di laboratorio**



- la puntura lombare è stata eseguita solo nel 20,1% dei casi.
- la PL è stata eseguita prevalentemente in base al giudizio clinico del medico.



Diversi studi hanno evidenziato che le Linee Guida sulla febbre nel lattante non sono state adottate nella pratica clinica in quanto ritenute, spesso, eccessivamente aggressive.

*Belfer RA et al, Management of febrile infants and children by pediatric emergency medicine and emergency medicine: comparison with practice guidelines. Pediatr Emerg Care. 2001*



# RISULTATI

## 26 pazienti con IVU



25 hanno effettuato ecografia renale

8 bambini (32%): anomalie del rene o delle vie urinarie

- dilatazione della pelvi renale bilaterale (3)
- ectasia pielica a sinistra (2)
- dilatazione della pelvi bilaterale con rene sin  $\uparrow$  di V (1)
- ectasia pielica e dilatazione dell'uretere a sinistra (1)
- ipoplasia renale destra associata a idroureteronefrosi (1)



## Is a Lumbar Puncture Necessary When Evaluating Febrile Infants (30 to 90 Days of Age) With an Abnormal Urinalysis?

*Katryn Paquette, MD,\* Matthew P. Cheng, MD,\* David McGillivray, MD,† Christina Lam, MD,\*  
and Caroline Quach, MD, MSc, FRCPC\*‡*

**Conclusions:** Routine LPs are not required in infants (30–90 days) presenting to the ED with a fever and a positive urinalysis if they are considered at low risk for serious bacterial infection based on clinical and laboratory criteria. However, we recommend that judicious clinical judgment be used; in doubt, an LP should be performed before empiric antibiotic therapy is begun.



# RISULTATI

Tutti i pazienti sono stati trattati, durante la degenza, con terapia antibiotica per via parenterale

<b>TERAPIA ANTIBIOTICA</b>	
<b>MONOTERAPIA</b>	<b>22</b>
•cefalosporina	14
•ampicillina	5
•amoxicillina/ac clav	2
•ampicillina/sulbactam	1
<b>DUPLICE TERAPIA</b>	<b>81</b>
•ampicillina + aminoglicoside	68
•cefalosporina + aminoglicoside	13
<b>TRIPLICE TERAPIA</b>	<b>1</b>
ampicillina + aminoglicoside + cefalosporina	1



Patogeni	N° casi	N° germi ampicillino-resistenti (%)
<b>Gram negativi</b>	<b>24</b>	<b>15 (62%)</b>
Escherichia Coli	15	9 (60%)
Pseudomonas aeruginosa	1	NT
Haemophilus influenza	1	0
Klebsiella oxytoca	2	2 (100%)
Klebsiella pneumoniae	3	3 (100%)
Salmonella	2	1 (50%)
<b>Gram positivi</b>	<b>21</b>	<b>4 (19,05%)</b>
Enterococcus faecalis	5	1(20%)
Streptococcus agalactiae	1	0
Streptococcus pyogenes	1	NT
Streptococcus pneumoniae	1	NT
Streptococcus spp	2	1(50%)
Streptococcus vestibularis	1	0
Stafylococcus epidermidis	2	1 (50%)
Stafylococcus aureus	4	1(25%)
Stafylococcus saprofiticus	1	NT (R alla Penicillina)
Stafylococcus warneri	1	NT (R alla Penicillina)
Micrococcus luteus	1	0



# Incremento della Ampicillino-resistenza

TABLE 3. Bacterial Pathogens Identified in Infants With SBI

Pathogen	N (%)	Resistant to Ampicillin N (%)
Gram-positive	22 (21)	10 (45)
<i>S aureus</i>	8 (8)	8 (100)
GBS	6 (6)	0 (0)
<i>Enterococcus</i> sp.	6 (6)	0 (0)
<i>S bovis</i>	1 (1)	1 (100)
Viridans group <i>Streptococcus</i>	1 (1)	1 (100)
Gram-negative	83 (79)	46 (55)
<i>E coli</i>	64 (61)	30 (47)
<i>Klebsiella</i> sp.	8 (8)	8 (100)
<i>Enterobacter cloacae</i>	3 (3)	3 (100)
<i>Salmonella</i> sp.	3 (3)	1 (33)
<i>Citrobacter</i> sp.	2 (2)	2 (100)
<i>S marcesans</i>	1 (1)	1 (100)
<i>P aeruginosa</i>	1 (1)	1 (100)
<i>Haemophilus influenzae</i> type f	1 (1)	0 (0)

Table III. Pathogens isolated and their resistance to ampicillin.

Pathogen	No. of isolates (%)	Ampicillin-resistant (%)
Gram-negative		
<i>Escherichia coli</i> <sup>a</sup>	107 (71)	70
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	18 (12)	100
<i>Proteus mirabilis</i>	2 (1)	100
<i>Enterobacter cloacae</i> <sup>a</sup>	2 (1)	100
<i>Salmonella</i> spp. <sup>c</sup>	2 (1)	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2 (1)	100
<i>Campylobacter jejuni</i>	1 (1)	100
<i>Morganella morganii</i> <sup>b</sup>	1 (1)	100
<i>Citrobacter freundii</i>	1 (1)	100
Total	136 (91)	65
Gram-positive		
<i>Enterococcus</i> spp.	6 (4)	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	3 (2)	100
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	4 (3)	33
<i>Streptococcus</i> group B	1 (1)	0
<i>Streptococcus bovis</i> <sup>b</sup>	1 (1)	0
Total	15 (10)	26

*Pediatrics* 2003

*Scand J Infect Dis.* 2011



## REVIEW



## Duration of empirical antibiotic therapy for infants suspected of early-onset sepsis

---

*C. Michael Cotten and P. Brian Smith*

---

### Recent findings

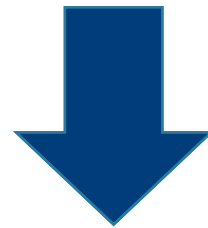
Retrospective cohort studies indicate potential for harm with longer duration of empirical antibiotics for EOS when cultures are sterile. Cohort studies indicate timing of widely used tests used to estimate EOS risk affects their predictive value, and tests acquired 24–48 h postnatally may provide reassurance for safe discontinuation.



# DISCUSSIONE

Tutti i nostri pazienti hanno effettuato una terapia antibiotica ad ampio spettro.

Nella nostra casistica tutti i pazienti sono guariti, non ci sono stati decessi né complicanze gravi.



Tale approccio seppur previsto dalle Linee Guida è attualmente riconsiderato



Alcuni autori suggeriscono la possibilità di osservare i pazienti considerati a “basso rischio” in attesa dei risultati degli esami colturali, senza iniziare la terapia antibiotica

## **WAIT and SEE**

Nella nostra casistica un atteggiamento di vigile attesa nei 38 pazienti in cui non è stato identificato alcun germe ci avrebbe permesso di risparmiare

- circa 150 giornate di ricovero
- oltre 350 giornate di terapia antibiotica



## Considerazioni conclusive

- Il lattante febbrile deve essere sempre valutato con molta attenzione
- Al di sotto dei 90 giorni di vita è bene monitorizzare con attenzione il lattante con sospetta sepsi in ambiente ospedaliero
- La puntura lombare deve essere praticata in casi selezionati
- La terapia antibiotica deve essere mirata e non somministrata indiscriminatamente.



## Consiglio Direttivo SITIP

Presidente: Susanna Esposito

Past President: Pier Angelo Tovo | Vice Presidente: Luisa Galli

Consiglieri: Elisabetta Di Cosimo | Silvia Garazzino | Vania Giacomet

Laura Lancella | Andrea Lo Vecchio

Tesoriere: Giovanni Nigro

## Presidenti del Congresso

Guido Castelli Gattinara

Giovanni Nigro

Alberto Villani

# PROGRAMMA

## Relatori e Moderatori invitati

A. Aiuti  
C. Azzari  
R. Badolato  
E. Baraldi  
R. Barbon Galluppi  
A. Bartuli  
V. Bembo  
R. Bernardini  
E. Bozzola  
G. Bracaglia  
E. Bruzzese  
A. Campa  
A. Campana  
G. Caoci  
F. Cardinale  
E. Castagnola  
G. Castelli Gattinara  
M.A. Castello  
E. Cataldi  
E. Chiappini  
M.L. Ciofi Degli Atti  
G. Claps  
L. Codecasa  
G. Corsello  
A. Cristaldi  
L. Cursi  
R. Cusmai  
R. Cutrera  
M. De Martino  
M.E. Di Cosimo  
G. Di Mauro  
A. Di Paolo  
L. Di Ruzza  
L. D'Isanto  
I. Dodi  
P. Dones  
M. Duse  
S. Esposito  
G. Faldella  
A. Ferro  
C. Gabiano  
L. Galli  
S. Garazzino  
V. Giacomet  
R. Giampaolo  
C. Giacinto  
A. Guarino  
L. Indinnimeo  
A. Krzysztofciak  
L. Lancella  
S. Livadotti  
A. Lo Vecchio  
R. Lubrano  
E. Marabotto  
P. Marchisio  
L. Martemucci  
M. Mercuri  
G. Nigro  
P. Palma  
M. Palumbo  
A. Pascali  
N. Principi  
O. Rampon  
A. Reale  
C. Romagnoli  
P. Rossi  
C. Russo  
M. Stronati  
L. Tarallo  
P. Toma  
R. Toniolo  
P. Tovo  
A.E. Tozzi  
A.G. Ugazio  
P. Valentini  
P. Veronelli  
A. Villani  
G. Zavarise  
G.V. Zuccotti

Venerdì, 27 settembre - mattino: **Corsi interattivi intensivi**

- 1) **IMMUNITA'** - nozioni base
- 2) **INFETTIVOLOGIA NELL' AMBULATORIO DEL PEDIATRA** - casi clinici
- 3) **MICOBATTERIOSI** - nuovi aspetti clinici
- 4) **ANTIBIOTICOTERAPIA** - aggiornamenti
- 5) **SEMEIOTICA CLINICA IN INFETTIVOLOGIA E DIAGNOSTICA STRUMENTALE**

I corsi, a numero chiuso, avranno durata di 2 ore e verranno ripetuti 2 volte

(ore 09.00-11.00 / ore 11.30-13.30). Ogni partecipante potrà iscriversi a 2 corsi.

Venerdì, 27 settembre - pomeriggio: **Apertura del Congresso**

Ore 14.30 - 15.00 **Lettura Magistrale: Novità in Infettivologia Pediatrica**  
Susanna Esposito (MI) - Presidente SITIP

Ore 15.00 - 17.00 **I SESSIONE: NUOVI ASPETTI DI VECCHIE INFEZIONI**

Ore 17.30 - 19.30 **II SESSIONE: LA VERITA' SULLE VACCINAZIONI**

Sabato, 28 settembre

Ore 09.00 - 10.30 **III SESSIONE: INFEZIONI BANALI?**

Ore 11.00 - 12.30 **IV SESSIONE: NOVITA' INFETTIVOLOGICHE**

Ore 12.30 - 13.00 **Lettura Magistrale: L'immunità innata**  
Alberto G. Ugazio (Roma)

Ore 14.00 - 14.30 **Lettura Magistrale: Immunità e infezioni nel neonato**  
Giovanni Corsello (PA)

Ore 14.30 - 15.40 **V SESSIONE: AGGIORNAMENTI IN INFETTIVOLOGIA**

Ore 15.40 - 17.00 **VI SESSIONE: AGGIORNAMENTI IN PROFILASSI**

Ore 17.00 **Proclamazione vincitori premi**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Via Ambrogio Binda, 34 | 20143 Milano  
Tel: +39 02 34934404 | Fax: +39 02 34934397  
mca.scientificevents.eu | mca-group.eu  
info@mca.scientificevents.eu

COORDINAMENTO  
SEGRETERIA SCIENTIFICA

**D.ssa Laura Lancella**  
Ospedale Pediatrico Bambin Gesù  
P.zza S. Onofrio 4, Roma  
laura.lancella@opbg.net



# Congresso Nazionale 2013

27-28 Settembre

NH HOTEL VILLA CARPEGNA  
ROMA | Via Pio IV, 6



SITIP  
SOCIETÀ ITALIANA DI  
INFETTIVOLOGIA  
PEDIATRICA

[www.sitip.org](http://www.sitip.org)

[www.sitip.org](http://www.sitip.org)

# GRAZIE



Bambino Gesù  
OSPEDALE PEDIATRICO