

Abstract del IX Congresso Nazionale FIMP 2015

Svezzamento con Dieta Mediterranea a Napoli

R. de Franchis^{1,2}, F. Albano¹, L. Bozza¹, P. Canale¹, M. Chiacchio¹, C. Ciarla¹, P. Cortese¹, A. D'Avino^{1,3}, M. De Giovanni¹, M. Dello Iacovo¹, A. D'Onofrio¹, A. Federico¹, N. Gasparini¹, G. Romano¹, M. Tedesco¹, P. Toscano¹, G. Vitiello¹, D. Bruzzese⁴

¹ Pediatri di Famiglia FIMP Napoli; ² Coordinatrice gruppo di lavoro FIMP Napoli, Dieta Mediterranea in Pediatria; ³ Segretario provinciale FIMP Napoli;

⁴ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Napoli "Federico II"

Introduzione

I benefici della Dieta Mediterranea (DM) sulla salute generale di un individuo sono ampiamente dimostrati. Nel corso degli ultimi decenni sono stati condotti numerosi studi che evidenziano come le sane abitudini alimentari svolgano un ruolo fondamentale nel prevenire malattie croniche importanti. La DM è stata dimostrata essere il miglior modello alimentare per la prevenzione di malattie cronicodegenerative come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità e il cancro.

L'Italia, dove la DM è nata, si sta allontanando sempre più da tale stile alimentare, con il dilagare di abitudini dietetiche scorrette (eccessivo intake calorico, eccessivo utilizzo di grassi animali, di sale, di materie raffinate a discapito di frutta, verdura, carboidrati complessi, olio extra vergine di oliva, pesce azzurro, legumi e fibre) sin dai primi anni di vita.

Tali comportamenti alimentari errati hanno fatto sì che l'Italia abbia l'incidenza più alta di obesità infantile in Europa. Tra le regioni italiane la Campania, che è culla della DM, ha il tasso più elevato di obesi in età pediatrica. Tale situazione, che ormai si può definire "epidemicamente",

determinerà negli anni a venire un drammatico incremento delle patologie su menzionate.

Nonostante le evidenze scientifiche abbiamo quindi ben definito il ruolo preventivo svolto dalla DM nei confronti di patologie gravi e invalidanti, l'aderenza dei bambini alla DM in Italia è molto scarsa, assestandosi all'incirca intorno al 5% tra gli 8 e 9 anni.

I Pediatri di Famiglia della Provincia di Napoli hanno costituito un gruppo di lavoro denominato "Dieta Mediterranea in Pediatria", che si propone di promuovere la DM come corretto stile alimentare, agendo sulle abitudini alimentari della madre già durante l'allattamento e proseguendo poi sul bambino fin dalle prime fasi dello svezzamento.

È stato infatti dimostrato da recenti studi, che il gusto del bambino è condizionato dall'offerta di cibo che riceve nelle fasi iniziali dello svezzamento. È quello il momento in cui egli riceve il proprio "imprinting" al gusto. Le preferenze alimentari acquisite in questa epoca saranno poi mantenute nelle successive fasi della vita.

Materiali e metodi

Diciassette Pediatri di Famiglia della FIMP Napoli hanno definito uno schema di svezzamento con DM da proporre a lattanti tra i quattro e i sei mesi di vita. Tale schema utilizza solamente cibi freschi, naturali, proposti in base alla stagionalità, in linea con quanto previsto dalla DM. Un adeguato apporto di legumi e pesce, oltre che di spezie ed erbe aromatiche, caratterizza questo schema. In un anno vengono arruolati 300 lattanti (150 casi e 150 controlli) per ottenere una potenza dello studio pari al 90%. In maniera alternata, i lattanti vengono svezzati uno (casi) con lo schema DM e l'altro (controlli) con lo schema utilizzato in passato dal pediatra.

tra. Il tempo dedicato al rinforzo del messaggio e ai controlli è quello utilizzato storicamente dal pediatra, mentre ai casi, in occasione dello svezzamento, e poi di ogni bilancio di salute, c'è un momento dedicato a verificare che le abitudini alimentari siano corrette e in linea con la DM. Gli strumenti utilizzati per la rilevazione dei dati sono: questionari, punteggio kidmed per la valutazione dell'aderenza alla DM, rinforzo verbale.

Ai genitori viene somministrato un questionario prima dello svezzamento e dopo 36 mesi, al fine di monitorare le variazioni delle abitudini alimentari familiari. I casi ricevono i questionari all'inizio dello studio e poi a 12, 24 e 36 mesi. I controlli sono valutati all'inizio dello studio e a 36 mesi. I parametri auxologici del bambino sono regolarmente monitorati dal Pediatra di Famiglia.

Scopo del progetto

Molto si sa della DM e dello stile di vita a essa correlato in età adulta, mentre non siamo a conoscenza di studi scientifici che abbiano dimostrato il ruolo della DM introdotta nella prima infanzia e dei suoi benefici nel tempo. È invece scientificamente dimostrato come il gusto del bambino si definisca nelle primissime fasi della sua vita.

Il programma di sorveglianza audiologica del Pediatra di Famiglia in Friuli Venezia Giulia: i primi risultati

F. Ruta¹, R. Marchi³, P. Bolzonello², M. Murador², L. Favaro², G. Scornavacca¹, D. Lizzi¹, G.M. Pizzul¹, F. Ceschin¹, E. Orzan³

¹Pediatra di Famiglia, Friuli Venezia Giulia; ²Centro di Audiologia e Fonetica, Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli, Pordenone; ³SC di Audiologia e Otorinolaringoiatria, SC di Audiologia e Otorinolaringoiatria, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Lo screening uditivo universale occupa un ruolo centrale in audiologia pediatrica, perché ha lo scopo di identificare i deficit uditivi permanenti entro i primi mesi di vita. Tuttavia anche se efficace, non è sufficiente da solo, perché alcuni bambini presentano forme di ipoacusia progressiva o a insorgenza tardiva o neuropatie uditive con sviluppo successivo di deficit uditivo permanente.

Da tale evidenza nasce la necessità di un programma

Scopo del presente progetto è, quindi, dimostrare come lattanti alimentati con sapori naturali e cibi tipici della DM mantengano questo gusto nel tempo, con un conseguente controllo anche dell'obesità e di altre patologie cronico-degenerative. Ci si propone, inoltre, di rilevare modifiche delle abitudini alimentari familiari e modifiche del BMI dei casi, rispetto al gruppo di controllo.

Discussione

Questo intervento, già attualmente in corso tra i Pediatri di Famiglia napoletani facenti parte del gruppo "Dieta Mediterranea in Pediatria", si propone di diffondere, attraverso lo svezzamento, corrette abitudini alimentari, in linea con lo "stile di vita" proposto dalla DM. Gli attesi risultati positivi lasciano intravedere ampie applicazioni: il miglioramento delle abitudini alimentari di intere famiglie, grazie al modello educativo fornito dal bambino, con conseguente riduzione del tasso di obesità infantile e della morbidità in età adulta. Per "vivere bene" il ruolo dello svezzamento con DM è sicuramente rilevante. Il nostro lavoro ne sta valutando la reale efficacia. Il ruolo del Pediatra di Famiglia si conferma fondamentale nell'educazione alimentare delle famiglie.

di vigilanza e sorveglianza sullo sviluppo uditivo e linguistico del bambino.

Nel nostro Sistema Sanitario Nazionale il Pediatra di Famiglia è una figura fondamentale perché, nel corso dei bilanci di salute, può individuare e inviare ai servizi di competenza i bambini con sospetto di deficit uditivo.

Il programma regionale del Friuli Venezia Giulia ("identificazione precoce del danno uditivo permanente in età pediatrica" generalità di Giunta della Regione Friuli Venezia Giulia, n. 1122 del 15 giugno 2012 "Programma regionale di screening uditivo neonatale universale, sorveglianza e valutazione audiologica") razionalizza e include procedure, obiettivi specifici, identificazione delle figure di responsabilità, formazione, indicatori di risultato e strumenti di comunicazione relativi non solo all'attività di screening uditivo neonatale universale, ma anche alla sorveglianza audiologica a carico del Pediatra di Famiglia.

Il lavoro illustra le procedure di sorveglianza uditiva

eseguite dal Pediatra di Famiglia del Friuli Venezia Giulia nei bilanci di salute tra il 1° e il 36° mese di vita del bambino. Vengono presentati le caratteristiche e i risultati audiometrici dei primi 200 casi inviati alla valutazione audiologica di 2° livello tramite le procedure di sorveglianza audiologica.

La procedura di sorveglianza adottata ha identificato 10 casi di ipoacusia permanente in bambini con o senza fattori di rischio audiologici, di cui 4 risultano

avere eseguito lo screening uditivo neonatale con esito negativo, mentre 3 sono nati prima dell'istituzione del programma regionale e hanno dunque mancato lo screening neonatale. Vi sono infine dei casi positivi allo screening uditivo neonatale che non si sono presentati successivamente alla valutazione audiologica di secondo livello (lost to follow-up) e senza la sorveglianza si sarebbero persi; il Pediatra di Famiglia si è rivelato indispensabile per il completamento diagnostico.

Progetto MAREA: continuità nell'assistenza dei PS regionali liguri e dei Pediatri di Famiglia in caso di broncopolmonite, otite media acuta e faringotonsillite. Un progetto di software clinico e di appropriatezza prescrittiva condivisa

G. Semprini¹, G. Conforti¹, A. Ruocco¹, M. Fiore¹
con la collaborazione di: **A. Ferrando¹, G. Piccolo¹, R. Cambiaso¹, C. Muja², G. Lepre², G. Squazzini³, G. Ragazzini³**

¹FIMP sezione genovese; ²FIMP sezione Imperia; ³FIMP sezione Savona

Introduzione

Una delle difficoltà assistenziali riscontrate in Pediatria è la difformità di prestazioni elargite in sede di diagnostica e decisioni terapeutiche a essa successive, offerte in sede della Pediatria del territorio e del sistema dell'emergenza-urgenza. Da queste difformità emergono sprechi di risorse, discostamenti dalle linee guida appropriate, disorientamento delle famiglie. Il progetto MAREA, approvato dall'AIFA, punta a dimostrare che una condivisione della formazione sulle linee guida proprie dell'EBM, fatte in comune fra Pediatri di Famiglia e Pediatri dei PS regionali migliora l'appropriatezza prescrittiva in tema di antibiotico-terapia, di percorsi diagnostici raccomandati e la continuità assistenziale in generale.

Materiali

Approntamento di un software dedicato al progetto condiviso fra pdf liguri e PS regionali, atto a rilevare anamnesi, esame obiettivo, percorsi diagnostici, scelte

terapeutiche e follow-up di bambini affetti da broncopolmonite, otite media acuta e faringotonsillite afferenti ai due setting. Approvazione della ricerca da parte dei comitati etici di appartenenza dei Pdf e dei Pediatri operanti nei PS regionali.

Metodo

Ottenuta l'adesione di 10 pdf liguri tramite la FIMP Liguria e della maggioranza dei PS pediatrici regionali, sono state diffuse le modalità di compilazione del software clinico, atto alla rilevazione delle caratteristiche dei casi di bambini con sospetto di BPN; OMA e FT e concessi sei mesi di reclutamento. Dopo tale periodo, è stata organizzata una riunione formativa dei ricercatori per diffondere e discutere le linee guida più recenti e autorevoli in merito a diagnosi e terapia dei bambini affetti dalle tre patologie respiratorie acute. Ulteriore periodo di sei mesi per reclutamento dei casi in oggetto.

Risultati

Il confronto fra i sei mesi "pre incontro formativo" e i sei successivi è in fase di elaborazione e verranno presentati al congresso FIMP nazionale nella sessione "progetti della pdf".

Commento

Cardine della continuità nell'assistenza è la condivisione di una cartella clinica comune fra operatori dei vari setting, al fine di consentire una comunicazione di dati indispensabili per la migliore scelta del percorso diagnostico terapeutico del paziente, finalizzato all'appropriatezza fornita dall'EBM e al risparmio di risorse.

Progetto Maternità Fragile. Il Pediatra di Famiglia cardine nello screening e nella segnalazione dei casi di depressione post partum

G. Semprini, G. Conforti, A. Ruocco, M. Fiore,
A. Ferrando, G. Picollo, L. Pittaluga, O.M. Elisa,
F. Freschi, G. Ottonello

FIMP sezione genovese

Introduzione

Il maltrattamento infantile è patologia emergente, più nella consapevolezza del ruolo attivo del Pediatra di Famiglia (PdF) che nel numero dei casi, noti da tempo. Momento importante per un rapporto fra genitore e bambino che risponda ad aspettative di adeguatezza alla maternità della mamma e di ristoro affettivo e accudimento valido del bambino sono i primi mesi dal parto.

In letteratura, uno screening della maternità fragile (fino a casi limite di psicosi) è opportuno effettuarlo al secondo mese di vita e ovviamente è l'ambulatorio del PdF il luogo più adatto, per frequenza di accessi e opportunità di valutazione nel tempo.

Questo ha fatto FIMP Genova in un progetto CCM condiviso fra UO regionali e interregionali.

Materiali

Software per la rilevazione dei risultati del questionario di Edimburgo, linea diretta di consulenza con psicologa dedicata dalla ASL di appartenenza per

OsserVazione Enuresi nottuRna (OVER)

L. Cresta¹, S. Gambotto², M.F. Messina³, M. Fama⁴, M. Picca⁵,
G. Bona⁶

¹FIMP Genova; ²SICuPP-Torino; ³Dipartimento di Scienze Pediatriche Mediche, Chirurgiche, Ginecologiche, Biomediche, Università di Messina; ⁴SICuPP-Padova; ⁵SICuPP, Milano; ⁶Clinica Pediatrica, Università del Piemonte Orientale, Novara

Introduzione

Si definisce enuresi la perdita di urina durante il sonno

la presa in carico dei casi borderline e di sospetto di depressione.

Metodi

Dopo una formazione dedicata a 10 PdF della provincia di Genova, selezionati dalla FIMP per 9 mesi, sono state screenate circa 150 mamme al secondo mese di vita del bambino e i risultati del questionario inoltrate a software dedicato. Le mamme selezionate come borderline o patologiche sono state invitate a in colloquio psicologico presso il consultorio di zona.

Risultati

I risultati dello screening sono in via di elaborazione dalla Università La Sapienza di Roma e comunicati nel corso del Congresso Nazionale FIMP.

Commento

Aumentare competenza e operatività del PdF in patologie sulle quali la formazione accademica non ha mai fatto nulla è per il PdF, da un lato ammirevole iniziativa, dall'altro doveroso impegno stante l'epidemiologia che dimostra come il maltrattamento infantile può muovere i suoi primi passi da un rapporto mamma bambino non adeguato dal post partum in poi.

In questo il ruolo del PdF è basilare e solo la disponibilità di strumenti adeguati, la collaborazione con professionalità diverse del secondo livello ed esperienze del territorio che dimostrano che "questa cosa si può fare" (e che deve essere fatta) possono consentire il superamento di criticità di approccio che possono frenare l'impegno del pediatra.

in bambini con età superiore ai 5 anni. Se la problematica interessa solo il momento del sonno, si parla di enuresi monosintomatica (EM), se invece è associata anche a disturbi diurni parleremo di enuresi non monosintomatica (ENM). L'enuresi è una patologia che condiziona negativamente lo sviluppo della personalità dei ragazzi e interferisce con le relazioni sociali dei ragazzi e della famiglia. La prima fase del progetto OVER ha evidenziato una prevalenza media dell'enuresi in Italia dell'8,2%.

Scopo

Chiarire la natura della sottostima della patologia e acquisire maggiore comprensione dell'approccio adottato dal pediatra e dal genitore nei confronti del bambino enuretico e in seconda battuta valutare la compliance terapeutica.

Materiali e metodi

Lo studio, un'indagine osservazionale longitudinale, ha coinvolto 71 Pediatri provenienti da Calabria, Liguria, Piemonte, Puglia, Sicilia e Veneto, operanti sia sul territorio come Pediatri di libera scelta, sia presso gli ambulatori delle strutture universitarie pediatriche di Messina e Novara. Ogni pediatra aveva il compito di arruolare mediante un questionario cartaceo tutti i bambini enuretici tra i 5 e i 14 anni compiuti che si fossero presentati, per qualsiasi motivo, in ambulatorio dal 15 settembre 2014 al 31 gennaio 2015 (fino a raggiungere almeno 50 bambini intervistati), escludendo solo i gruppi familiari con difficoltà di comprensione della lingua italiana e bambini con patologia neurologica o neuropsichiatrica severa, e di ricontattarli dopo 3, 6 e 12 mesi. Ai genitori di ogni bambino, al tempo 0, è stato consegnato il questionario cartaceo di autovalutazione, il cui contenuto prevedeva una serie di domande inerenti: la funzionalità della vescica, l'eventuale concomitanza di altre malattie della sfera nefro-urologica, la percezione del problema da parte della famiglia e del bambino, eventuali terapie in atto o già effettuate e la gestione del problema da parte del pediatra e del genitore. Mentre il questionario ai tempi 3,6 e 12 mesi prevedeva domande inerenti l'approccio adottato dal curante, l'eventuale terapia prescritta, la compliance alla terapia stessa e il tipo di follow-up.

Risultati

Sono stati raccolti in totale 234 questionari al tempo 0 e 102 questionari al tempo 3 mesi. Il 75% degli intervistati ha evidenziato per la prima

volta un problema minzionale, non solo notturno ma anche diurno. In quelli enuretici solo a un 25% era già stata diagnostica l'enuresi e 24 mesi è il tempo medio trascorso tra i primi sintomi e la diagnosi. Più del 50% dei genitori dei bambini identificati come enuretici non ne ha mai parlato a un medico, perché pensa che il problema possa risolversi da solo (56%), o perché ritiene che sia poco importante (14%), o perché teme che i farmaci possano avere effetti collaterali (10%). La percezione della gravità del problema per i genitori, aumenta con l'aumentare dell'età del bambino. Per quanto riguarda il capitolo terapie, nel gruppo dei bambini enuretici già noti il 44% dei bambini segue solo consigli comportamentali, mentre il 56% dei bambini segue un trattamento farmacologico associato ai consigli comportamentali e il 65% di questi, presenta un numero di notti bagnate che sono diminuite o scomparse; mentre nel 93% dei bambini che sta seguendo solo consigli comportamentali le notti bagnate sono invariate. Per quanto riguarda invece le terapie in atto nel gruppo dei bambini enuretici precedentemente non noti (naive), il 77% dei bambini segue solo una terapia comportamentale, mentre il 19,6% dei bambini segue solo un trattamento farmacologico associato a consigli comportamentali. Nel 100% dei bambini in terapia farmacologica associata ai consigli comportamentali le notti bagnate sono diminuite o scomparse mentre nel 50% dei bambini che sta seguendo solo consigli comportamentali le notti bagnate sono ancora invariate.

Discussione e conclusioni

L'indagine osservazionale OVER dimostra quanto l'enuresi sia sottovalutata da parte del gruppo familiare. Questa situazione è confermata anche dal ritardo diagnostico. Importante poi è il fatto che la terapia farmacologica, quando viene affiancata a quella comportamentale, riduca il numero delle notti bagnate. Interessante è poi il dato che il 75% degli intervistati evidenzia comunque una problematica minzionale anche diurna.

Indagine conoscitiva sulla enuresi: cosa “pensa”, “consiglia” e “propone” il Pediatra di Famiglia

G. Ragnatela¹, A. Pasinato², P. Becherucci³, S. Gambotto⁴, M. Lo Giudice⁵, R. Buzzetti⁶, M. Picca⁷

¹Pediatra di Famiglia ASL BAT Barletta; ²Pediatra di Famiglia ASL Vicenza;

³Pediatra di Famiglia ASL 10 Firenze; ⁴Pediatra di Famiglia ASL Torino;

⁵Pediatra di Famiglia ASP 6 Palermo; ⁶Epidemiologo Bergamo;

⁷Pediatra di Famiglia ASL Milano

Introduzione

L'enuresi è definita come perdita di urina durante il sonno in bambini d'età superiore ai 5 anni. È una condizione frequente e può determinare ripercussioni sulla vita sociale dei bambini e degli adolescenti. I dati epidemiologici evidenziano che un numero significativo di bambini e adolescenti soffre di enuresi. La sua persistenza può avere ripercussioni sull'autostima, sul rendimento scolastico e sulla vita di relazione¹. Una significativa percentuale di disturbi della continenza urinaria in età adulta-senile si verifica in soggetti che sono stati enuretici². Un approccio razionale alla valutazione e al trattamento dei pazienti con enuresi è suggerito da recenti pubblicazioni³⁻⁵. Obiettivo dell'indagine, realizzata da SICuPP (Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche), è valutare il ruolo del Pediatra di Famiglia nella valutazione diagnostica e nella gestione terapeutica del bambino con enuresi.

Materiale e metodi

L'indagine è stata condotta con la distribuzione di un questionario ai Pediatri di Famiglia in occasione di un congresso pediatrico nazionale. Il questionario comprendeva 12 domande (per alcune domande era prevista la possibilità di due o più risposte).

Risultati

Hanno partecipato allo studio 440 Pediatri di Famiglia. L'età media dei Pediatri coinvolti nello studio è di 56 anni; provengono come attività lavorativa da tutte le regioni italiane: le regioni maggiormente rappresentate sono state Toscana 22,4%, Lombardia 12,5%, Veneto 10,7%, Emilia-Romagna 10,5%, e Lazio 9,5%;

il numero medio di assistiti per ciascun pediatra è di 900 bambini. In occasione dei controlli, dopo i 5 anni di età il 36,8% dei Pediatri rivolge “sempre” ai genitori domande con l'obiettivo di far emergere un'eventuale enuresi; il 31,8% “spesso”, il 24,5% “a volte” e solo il 6,9% “mai” (Tab. I).

Il 47,7% dei Pediatri sostiene di “percepire” che i genitori tendano a nascondere l'enuresi dei propri figli. I genitori giustificano la mancata condivisione con il pediatra soprattutto con la speranza di una spontanea risoluzione (70,9%), con il fatto che almeno uno dei due genitori abbia sofferto di enuresi e che pertanto è quasi normale (68,5%) e, raramente, con il timore di eventuali effetti collaterali della terapia (5,5%), con la convinzione che sia una condizione non trattabile (2,8%) (Tab. II).

Un atteggiamento attivo del Pediatra di Famiglia verso l'enuresi è considerato importante dall'83,7% dei Pediatri intervistati per le possibili conseguenze sul grado di autostima del bambino enuretico; dal 65,8% per il disagio causato alla famiglia e dal 62,6% per la limitazione nelle attività con i compagni e solo dal 27,9% per la efficacia in molti casi del trattamento. Il potenziale disturbo del sonno per i bambini e i genitori, la possibilità che l'enuresi possa persistere in età adulta, la possibilità che l'enuresi possa determinare una condizione di “non tolleranza” da parte dei genitori, i costi sostenuti dalla famiglia sono motivazioni che “condizionano” meno l'atteggiamento del Pediatra di Famiglia (Tab. III).

Dall'analisi dei dati sulla gestione del problema da parte del Pediatra di Famiglia emerge che l'83,7% dei Pediatri ritiene che l'enuresi possa essere gestita dal Pediatra di Famiglia con l'eventuale collaborazione di un centro ospedaliero o universitario, il 12,3% af-

TABELLA I.

Nel corso dei controlli dopo i 5 anni, poni domande ai genitori con l'obiettivo di far emergere un'eventuale enuresi?

Sì, sempre	36,8%
Sì, spesso	31,8%
Sì, a volte	24,5%
No, mai	6,9%

TABELLA II.

Se i genitori hanno "nascosto" l'enuresi del proprio figlio con quale motivo si giustificano? (possibili massimo due risposte + eventuale altro motivo da specificare).

La speranza di spontanea risoluzione	70,9%
Il fatto che sia successo anche a loro e quindi sia quasi "normale"	68,5%
Il timore di eventuali effetti collaterali della terapia	5,5%
La convinzione che sia una condizione non trattabile	2,8%
Altro motivo	5,9%

ferma che sia quasi sempre competenza esclusiva del Pediatra di Famiglia e il 4% pensa che sia preferibile affidare il paziente a un centro ospedaliero o universitario (Tab. IV).

L'assenza nella propria zona di un centro universitario/ospedaliero facilmente raggiungibile è segnalata solo dall'11,5% degli intervistati. Nella valutazione diagnostica del bambino con enuresi i Pediatri di Famiglia intervistati affermano di chiedere "sempre" la compilazione del diario minzionale (88,6% delle risposte), l'esame urine e urinocoltura (76,8%) e l'ecografia renale (53,4%). Ulteriori esami sono eseguiti "sempre" in un numero inferiore di casi: calciuria, visita nefrologica, visita urologica e flussimetria. Per quanto riguarda le opzioni terapeutiche il 68,8% dei Pediatri ha consiglia-

TABELLA III.

Per quali motivi è importante che il Pediatra di Famiglia abbia un atteggiamento attivo per fare emergere un'eventuale enuresi? (possibili massimo tre risposte).

Ridotta autostima del bambino	83,7%
Disagio causato al bambino e/o alla famiglia	65,8%
Limitazione nelle attività con i compagni (feste, gite, dormire a casa di parenti e amici)	62,6%
L'efficacia del trattamento in molti casi	27,9%
Potenziale disturbo del sonno per i bambini e i genitori	11,6%
La possibilità che l'enuresi non trattata possa persistere in età adulta	9,3%
La possibilità che l'enuresi possa determinare una "non tolleranza" da parte dei genitori	6,6%
I costi sostenuti dalla famiglia (pannolini, frequenti lavaggi per biancheria e indumenti ecc.)	1,7%

to autonomamente l'uso della desmopressina, il 17,3% l'allarme e il 15,8% la ossibutinina (Tab. V).

Riguardo al problema di quando iniziare la terapia (possibili anche più risposte), il 54,8% dei Pediatri ritiene utile iniziarla se sia la famiglia sia il paziente sono d'accordo sull'affrontare il problema, il 50,9% se è riferito disagio da parte del paziente, il 22,0% se è riferito disagio da parte della famiglia e infine il 19,6% dei Pediatri al momento della diagnosi, indipendentemente dall'età del paziente. L'uso del pannolino durante il sonno è sconsigliato dal 28% dei Pediatri; il 12,9 lo consiglia "sempre", il 19,1% lo consiglia "spesso" e il 40% lo consiglia "a volte". Il risveglio notturno è raccomandato "sempre" dal 16,3% dei Pediatri, "spesso" dal 20,6%, "a volte" dal 33,5%, non è "mai" consigliato dal 29,6%. La quasi totalità dei Pediatri (99,8%) ritiene che il rimprovero del bambino sia inutile nella gestione del bambino enuretico.

Discussione

L'enuresi è una condizione frequente in età pediatrica e molto spesso sottostimata, perché i genitori

TABELLA IV.

Ritieni che l'enuresi:

Possa essere gestita dal Pediatra di Famiglia con l'eventuale collaborazione di un centro ospedaliero/universitario	83,7%
Sia quasi sempre competenza esclusiva del Pediatra di Famiglia	12,3%
Sia meglio affidarla a un centro ospedaliero/universitario	4,0%

TABELLA V.

Quali opzioni terapeutiche hai proposto in modo autonomo per la terapia dell'enuresi? (possibili anche più risposte).

Desmopressina	68,8%
Allarme	17,3%
Ossibutinina	15,8%
Nessuna terapia	12,6%
Imipramina	1,1%
Altro (specificare)	4,1%

tendono a non parlarne. Una recente indagine epidemiologica condotta dalla Società Italiana Cure Primarie (SICuPP), con l'obiettivo di valutare la prevalenza dell'enuresi ha evidenziato che al momento della indagine solo il 53,7% dei pazienti enuretici era noto al pediatra⁶. Il Pediatra di Famiglia, consapevole che l'enuresi è spesso non rivelata dai genitori, può cogliere l'occasione dei bilanci di salute per indagare attivamente la presenza di enuresi e disturbi minzionali eventualmente associati. La tempestiva intercettazione e presa in carico dell'enuresi potrebbe ridurre o evitare le possibili ripercussioni sul piano psicologico e sulla qualità della vita del bambino enuretico e della sua famiglia. L'indagine presenta alcuni dati su cosa "pensa", "consiglia" e "propone" il Pediatra di Famiglia facendo emergere che può svolgere certamente un ruolo attivo nel percorso diagnostico e terapeutico, interagire e collaborare con i centri di secondo livello, soltanto per i casi che richiedono un approccio articolato. Un'adeguata e specifica formazione può essere uti-

le nel migliorare l'appropriatezza dell'assistenza da parte del Pediatra di Famiglia.

Bibliografia

- 1 Joinson C, Heron J, Emond A, et al. *Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: a UK population-based study*. *J Pediatr Psychol* 2007;32:605-16.
- 2 Fitzgerald MP, Thom DH, Wassel-Fyr C, et al. *Childhood urinary symptoms predict adult overactive bladder symptoms*. *J Urol* 2006;175:989-93.
- 3 Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, et al. *Practical consensus guidelines for the management of enuresis*. *Eur J Pediatr* 2012;171:971-83.
- 4 Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. *Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society*. *J Urol* 2010;183:441-447.
- 5 Franco I, von Gontard A, De Gennaro M, et al. *Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society*. *Pediatr Urol* 2013;9:234-43.
- 6 Ragnatela G, Picca M, et al. *Project over: nocturnal enuresis and urinary disorders*. *Italian Journal of Pediatrics* 2014, 40(Suppl 1):A81.

Le nostre mamme a lezione di sicurezza

**A.E. Marigliano, G. Vallefucio, F. Carlomagno,
A. D. Vicedomini, E. Farris, P. Gallo**

Centro Studi FIMP Napoli

"Cadono dai seggioloni, dalle scale, dal letto. Si rovesciano liquidi bollenti addosso, toccano fiamme vive, sbattono contro spigoli, si tirano addosso mobili pesanti, ... bevono e mangiano sostanze tossiche..."

Background

Gli incidenti domestici rappresentano nei paesi occidentali la prima causa di morte per i bambini fino a quattro anni. In Italia ogni anno se ne verificano oltre tre milioni, il doppio degli incidenti stradali. Gli avvelenamenti acuti dovuti all'ingestione di sostanze tossiche hanno un'incidenza altissima e rappresentano un grave problema pediatrico, principalmente nella fascia d'età < 5 anni. L'età più a rischio è quella tra i 2-3 anni con una leggera prevalenza dei maschi (5% dei bam-

bini contro il 3,5% delle bambine). Gli incidenti che riguardano i bambini e in particolare gli avvelenamenti, si verificano principalmente tra le pareti domestiche (87-90%), proprio in casa, quello che dovrebbe essere il luogo più sicuro per un bambino. Per la prevenzione delle intossicazioni è indispensabile l'osservanza di regole semplici, ma rigorose e la conservazione dei prodotti potenzialmente tossici in luoghi ai quali il bambino non possa arrivare.

Materiali e metodi

Nel 2015 alcuni Pediatri della ASL NA2Nord, insieme al gruppo degli Istruttori Nazionali di PBL della FIMP Napoli hanno deciso di istruire, nei propri ambulatori, le mamme dei bambini in carico mediante incontri a gruppo durante i quali erano fornite le indicazioni alle principali manovre di disostruzione e in più le mamme erano educate, attraverso un video illustrativo, a pensare ai più frequenti incidenti domestici e alle più frequenti possibilità di intossicazione. Ciascun gruppo di mamme (in n° di 15/incontro),

provava singolarmente le manovre di disostruzione e discuteva sulla possibilità di incidente domestico con il gruppo di istruttori e con il pediatra ospitante nello studio che proiettava il video.

A fine mattinata le mamme compilavano un questionario di valutazione del corso, i cui item erano:

1. Ritiene valida questa iniziativa del suo Pediatra di Famiglia?
2. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di conoscenza?
3. Come valuta l'efficacia di questa attività per la sua vita di tutti i giorni?
4. Ritiene che il suo bambino da oggi sia più tutelato rispetto a eventuali pericoli domestici?
5. Vorrebbe partecipare ad altri incontri di questo genere nello studio del suo Pediatra di Famiglia?
6. Le esercitazioni pratiche sono servite e sono state sufficienti a renderla in grado, in situazioni di emergenza, di realizzare il soccorso?

Le risposte al questionario erano riportate e valutate attraverso una scala di valutazione in percentuale, in cui il pianto, da un lato, rappresentava l'assoluta inadeguatezza e quindi la scarsa performance degli istruttori, il sorriso, dall'altra, rappresentava la perfetta comprensione delle manovre e l'adeguata compliance degli istruttori.

Figura 1.
Improvement Scale.



Risultati

Hanno preso parte al corso 376 mamme, i cui bimbi sono nella lista di convenzione di 3 Pediatri di Famiglia, di cui 2 sono istruttori di PBLS.

Tra le signore convenute nei nostri ambulatori, il 93% delle mamme ha risposto positivamente, con una percentuale tra 80 e 100% di sorriso. Il restante 7% mostrava percentuali tra il 50 e il 70% della scala del sorriso. Nessuna percentuale si è verificata al di sotto di 50%. Ci siamo ripromessi di rivalutare e di riapprocciare il problema con questo 7% delle mamme, nel quale, probabilmente, l'emotività ha giocato un ruolo predominante.

Conclusioni

Noi Pediatri di Famiglia di Napoli abbiamo sempre pensato che condurre dei gruppi di apprendimento nei nostri studi, avendo come discenti le mamme, potrebbe cambiare molto in termini di efficienza ed efficacia dell'intervento sanitario. Potrebbero essere condotti gruppi di ascolto per patologie (febbre, convulsioni, parassitosi ecc.) o gruppi di lettura, o gruppi di intervento con specialisti della materia, per l'autismo o altro. Purtroppo i nostri propositi si scontrano con l'acuto banale che riempie i nostri studi e a cui stampa, mass-media e ospedali danno grande rilievo, ma che tuttavia sottrae tempo a infinite altre possibilità terapeutiche e gestionali del paziente.

Riappropriamoci dei nostri dati

L. Cioffi¹, R. Limauro¹, E. Farris¹, G. Vallefucio¹, R. Sassi¹, A. D'Onofrio¹, F. Carlomagno¹, R. De Franchis¹, V. Bianco¹, P. Metafora¹, P. Donadio², G. Argo¹, A. Esposito¹, P. Sabetti¹, V. Di Crosta², A.E. Marigliano¹, P. Gallo¹

¹ Centro Studi Scientifico FIMP Napoli; ² Pediatria di Gruppo

Premessa

La possibilità di disporre di dati derivanti dalla pratica quotidiana dei Pediatri di libera scelta (PLS), rappresenta una risorsa unica:

- per lo studio delle singole patologie;
- per l'approfondimento delle dinamiche relative ai vari aspetti dell'assistenza sanitaria;
- per valutare lo stato di salute della popolazione.

La Pediatria di Famiglia segue quotidianamente, nei suoi bisogni assistenziali, un target di popolazione con caratteristiche molto articolate e specifiche, i cui bisogni assistenziali sono ancora oggi oggetto di una minore attenzione specifica rispetto alla popolazione generale, per i quali le risposte terapeutiche sono spesso mutate dalle conoscenze sugli adulti e, nell'ambito di questa popolazione con caratteristiche così specifiche, poco si conosce dei carichi assistenziali dei bambini con i problemi caratteristici delle età 0-14 anni. L'intera Nazione Italia, ma anche volta per volta Regione, Comune e ASL, hanno come finalità di raccolta dati essenzialmente:

- la valutazione epidemiologica;
- l'analisi della CUSTOMER SATISFACTION;
- le principali caratteristiche della casistica;
- le stime di prevalenza e di incidenza;
- la valutazione economica;
- l'analisi della spesa;
- la valutazione della performance del sistema sanitario in termini di:
 - efficienza;
 - sicurezza;
 - appropriatezza;
 - outcome.

Le ASL, che pure si trovano a fronteggiare un aumento continuo del numero di pazienti, una domanda crescente di qualità delle cure, la necessità di identificare opportuni-

tà che consentano di ridurre i costi, l'urgenza di gestire le risorse in modo efficace, dovrebbero poter avere accesso a informazioni in tempo reale e poter accedere a una panoramica completa delle informazioni sui pazienti. Il che non è realizzabile, perché le informazioni sono archiviate in formati diversi nei vari tipi di sistemi in uso.

Anche l'Università, per avere una consistente numerosità del campione statistico, necessita dei dati della Pediatria di Famiglia per l'impossibilità di raccogliere, nei reparti, la numerosità per:

- studi sperimentali;
- studi di coorte di grande numerosità di campione;
- studi epidemiologici.

E noialtri Pediatri di Famiglia? Grazie ai nostri databases (Infantia, Junior Bit, Kappamed) riusciamo ad accedere, se vogliamo, ai dati dei nostri pazienti con pochi click. Ognuno di questi databases dispone infatti, per ogni singolo paziente, dei dati integrati di:

- farmaceutica;
- accessi;
- specialistica/diagnostica;
- ricoveri ospedalieri.
- consentendo di analizzare la storia assistenziale della nostra fascia di popolazione sotto il profilo:
 - epidemiologico;
 - socio-sanitario;
 - economico.

Il nostro grande problema è però il dover adoperare un ICD9 generico, e non pediatrico, per classificare le nostre patologie!

Materiali e metodi

Abbiamo dunque deciso, come Centro Studi Scientifico FIMP Napoli, di riappropriarci dei nostri dati strutturando un ICD9 pediatrico, cominciando dalle patologie respiratorie. Stiamo procedendo progressivamente per sostituire l'ICD9 generico con un ICD9 pediatrico. Questa scelta organizzativa ci consentirà, negli anni, di poter meglio raccogliere i nostri dati con parametri di confrontabilità e di sistematicità, senza troppe variabili confondenti. Abbiamo cominciato la nostra raccolta dati quest'anno confrontando i dati di accesso di 17 Pediatri di Famiglia. Abbiamo considerato gli accessi per l'anno 2014. Il nostro campione di assistiti era

di 16.100 pazienti pediatriche, pari a 947 pazienti/pediatra.

Risultati

Con questo campione di pazienti abbiamo avuto 165.824 accessi ambulatoriali/ANNO 2014 complessivi pari a 39 +/- 5 accessi/die per pediatra di cui 77.576 visite per patologia acuta, bilanci e antropometria, pari a 20 +/- 3 visite/die per 12 mesi/anno e 56.375 accessi per prescrizioni farmaci, diagnostica e specialistica pari a 3,5 prescrizioni/anno/paziente. Relativamente agli accessi per bilanci di salute: li visitiamo tanto i nostri assistiti!!! Infatti strutturiamo 7.676 bilanci di salute (visite filtro) pari a 1,8 bilanci/die/anno e 24.630 controlli antropometrici, pari a 1,5 controlli/anno. Abbiamo anche avuto la possibilità di valutare la nostra reperibilità telefonica e

Il bambino SGA: è meglio grande o piccolo

P. Gallo, L. Cioffi, R. Limauro, E. Farris, V. Bianco, R. Sassi, M. De Giovanni, A. d'Onofrio

Centro Studi Scientifico FIMP Napoli

Background

Il nostro gruppo di ricerca clinica sta lavorando da 10 anni sui dati clinici relativi al bambino piccolo per età gestazionale (il bambino SGA/IUGR) e i risultati sono estremamente interessanti circa l'eccesso ponderale, la statura definitiva, lo sviluppo puberale, la presenza di disturbi specifici di apprendimento (disslessia, disgrafia, discalculia e disortografia), nonché di disturbi del linguaggio.

Gli studi epidemiologici dell'ultimo decennio indicano che il bambino nato SGA/IUGR (Piccolo per Età Gestazionale) ha un incrementato rischio di sviluppare, nel corso della sua vita, patologie cardiovascolari e metaboliche. Infatti la malnutrizione fetale induce alterazioni metaboliche permanenti che predispongono (programming fetale) allo sviluppo di ridotta tolleranza al glucosio e a patologie cardiovascolari in seguito all'esposizione a fattori ambientali quali la scarsa attività fisica e /o l'elevata introduzione di

abbiamo visto come il pediatra non associato, né in gruppo lavori tanto se non di più, se confrontato a un pediatra di gruppo o di associazione.

Conclusione

La nostra peculiarità di Pediatri di Famiglia, che incentrano la propria professione tutta intorno al bambino, ci fa dimenticare che abbiamo una montagna di dati e che questi dati sono fondamentali per il nostro futuro professionale. Fino a ora non abbiamo voluto o saputo interpretarli, ma adesso dobbiamo necessariamente farlo, se vogliamo sopravvivere come categoria. Dobbiamo imparare ad avere sempre, per ogni accesso, l'identificazione di caso ed è, pertanto, fondamentale strutturare un ICD9 pediatrico che semplifichi sì il nostro lavoro, ma ci renda soprattutto in grado di accedere e quantizzare i nostri dati con il minore bias possibile.

grandi quantità di calorie nella vita successiva alla nascita. Tra i cambiamenti metabolici che sono "programmati" durante la vita fetale le alterazioni cardiovascolari e l'obesità sono la diretta conseguenza della alterata resistenza al glucosio. Sembra inoltre che il programming fetale venga "attivato" in alcune finestre critiche della vita, due delle quali sembrano essere il periodo immediatamente dopo la nascita e il periodo pre-adolescenziale. Durante queste finestre critiche l'incremento eccessivo di peso determinerebbe l'induzione dei meccanismi programmati durante la vita fetale che provocano successivamente la ridotta tolleranza al glucosio.

Obiettivi del progetto

- Valutare le evidenze risultate da uno studio realizzato da 8 Pediatri di Famiglia FIMP Napoli. Lo studio, prospettico longitudinale, della durata di 10 anni, ha confrontato il peso e il BMI di 400 bambini nati SGA al peso e al BMI di 6818 bambini nati AGA.
- Saper riconoscere la relazione causale tra la nutrizione della prima infanzia e gli outcome della vita successiva, inclusi la funzione cognitiva e i fattori di rischio cardiovascolare.
- Fornire giuste indicazioni nutrizionali (in particolare

la riduzione della quota proteica da noi proposta in un secondo studio prospettico) per un attento controllo dell'alimentazione del bambino SGA già nei primi giorni di vita.

I contenuti del progetto saranno articolati attraverso una lezione frontale durante la quale, trattandosi di gestione di un grande gruppo, proporremo ai discenti:

- i dati recenti della letteratura scientifica sugli SGA;
- il significato di Restrizione di Crescita Fetale (IUGR) rispetto al termine piccolo per età gestazionale (SGA) e le cause gravidiche della nascita di un bambino IUGR/SGA;
- il programming fetale e il rischio clinico-metabolico e cardiovascolare di questi bambini con il concetto di "finestra critica";
- il rischio R di sviluppare obesità da noi quantificato;
- la proposta di un controllo stretto sulle quote proteiche già dai primi giorni di vita.

I nostri outcome

Ribadire, nel caso del bambino SGA, come i concetti

Allattamento al seno nel primo anno di vita: una ricerca dei Pediatri di Famiglia della Provincia di Treviso

F. Pomiatto

EduFIMP TV, Associazione per la formazione e la ricerca in Pediatria di Famiglia

La ricerca si distacca da altre esperienze su questo tema perché è stata ideata e gestita esclusivamente da Pediatri di Famiglia, gli unici operatori che nella realtà concreta seguono con continuità nel tempo l'alimentazione del bambino.

Lo scopo dello studio è rilevare la reale incidenza dell'allattamento al seno e le sue variazioni sulla base di correlazioni sociologiche semplici: contesto culturale della madre; attività lavorativa. Conoscere l'influenza su un determinato territorio pensiamo possa permettere di tarare meglio i messaggi inerenti l'incentivo ad allattare al seno.

La raccolta dei dati è effettuata da 52 Pediatri di Famiglia

di prevenzione e trattamento debbano nettamente procedere a vantaggio della prevenzione.

Vogliamo far acquisire ai Pediatri presenti in aula le corrette e diverse indicazioni di gestione ambulatoriale del bambino SGA rispetto al bambino AGA. Il bambino SGA, infatti, sviluppa un'obesità viscerale e, in quanto tale, complicata. La ridotta tolleranza al glucosio, l'ipertensione, la steato-epatite, l'iperlipidemia devono essere prevenuti, non curati una volta innescati dal "programming genetico-ambientale".

Vogliamo che i Pediatri di Famiglia acquisiscano il diverso approccio nutrizionale e di stile di vita per il bambino SGA/IUGR, allo scopo di prevenire le complicanze legate all'"imprinting" fetale e di consegnare al medico dell'adulto un adolescente nel quale non si siano già innescati i meccanismi di resistenza insulinica che indurrebbero le alterazioni cardiovascolari e la sindrome metabolica.

Dobbiamo imparare a utilizzare, nel caso del bambino piccolo per età gestazionale, i test precoci di identificazione del linguaggio e dei disturbi specifici di apprendimento.

di Treviso e provincia che curano circa 50.000 bambini; riguarda 2732 nati tra il 1° giugno 2014 e il 30 luglio 2015. Dal momento che ogni bambino viene seguito fino al compimento di 1 anno, la ricerca prosegue fino al 30 giugno 2016, in modo da raccogliere i dati di tutti i componenti della coorte considerata.

Per permettere un'ampia adesione dei Pediatri alla ricerca, abbiamo preparato una scheda informatica che permette di registrare i dati in modo estremamente semplice, rapido ed efficace (Tab. I).

Al bilancio di salute del primo mese il pediatra raccoglie i seguenti dati:

1. cognome e nome del bambino; data di nascita; consenso informato;
2. tipo di parto: eutocico; distocico; taglio cesareo.

NB. Sono stati esclusi dalla rilevazione i nati affetti da patologia di un qualche rilievo (prematùrità, cardiopatia; malattie metaboliche, malformazioni; e malattie genetiche di rilievo ecc.). Questi potranno entrare in un registro a parte, in uno studio futuro:

TABELLA I.

		N.	%
Parto	Parto distocico	104	3,81
	Parto eutocico	2179	79,76
	Parto cesareo	449	16,43
	Totale	2732	100
Cittadinanza	Italiana	2074	75,92
	Est Europa	294	10,76
	India/Pakistan	52	1,90
	Africana/ NordAfrica	198	7,25
	Cinese	61	2,23
	Altro	53	1,94
	Totale	2732	100
Punto nascita	Treviso	1051	38,47
	Oderzo	169	6,19
	Conegliano	241	8,82
	Vittorio Veneto	160	5,86
	Montebelluna	524	19,18
	Castelfranco Veneto	361	13,21
	Altro	226	8,27
	Totale	2732	100
Al nido			
Latte materno		2088	77,74
Latte formulato		171	6,37
Latte misto		427	15,90
Totale		2686	100
Al nido			
In congedo maternità		1769	69,10
Ripresa lavoro autonomo		13	0,51
Ripresa lavoro dipendente		2	0,08
Senza lavoro		776	30,31
Totale		2560	100

3. etnia/nazionalità della madre;
4. punto nascita;
5. allattamento: latte materno; formulato; alimentazione mista;
6. lavoro della madre: lavoro autonomo; dipendente; non lavora o è casalinga; quando riprende il lavoro.

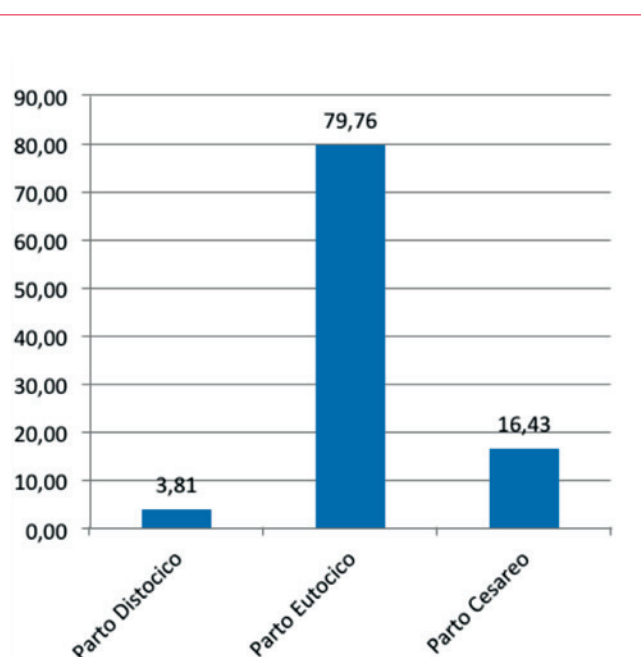
Ai successivi bilanci di salute del 1° anno di vita (3°, 6°, 9° e 12° mese) registriamo i cambiamenti dei punti 5 e 6; quando cioè l'allattamento passa da materno a misto e/o formulato e quando la madre riprende a lavorare.

La prima fase dello studio, quella dell'arruolamento dei nuovi nati, si è conclusa il 1 luglio 2015; i dati di "cornice" relativi ai primi 4 punti possono essere considerati definitivi; mentre i dati relativi ai punti 4 e 5 sono parziali e saranno completati a fine ricerca:

- quanti bambini sono nati da parto eutocico; quanti da parto distocico e quanti con TC (Fig. 1);
- quanti sono i bambini italiani e quanti di altra etnia (e loro suddivisione) (Fig. 2);

Figura 1.

Parto %.



Scheda informatica per raccolta dati.

Ricerca sull'allattamento nel 1° anno di vita

Medico: _____ A.S.I.: _____ Nuovo Assistito Elimina Assistito

(Cognome e nome)

Prima visita: _____ Data Nascita: _____

Visite Successive: _____ Consenso Informato

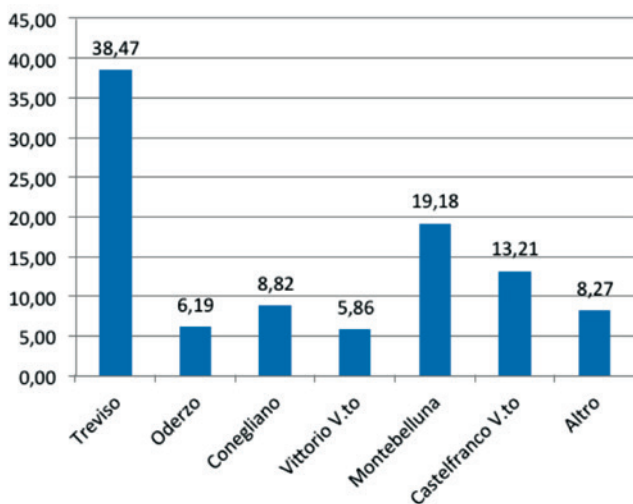
	Nido (4)	I mese	III mese	VI mese	IX mese	XII mese
L. Materno (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Formulato (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Misto (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In congedo Maternità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ripresa lavoro Autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ripresa lavoro Dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza Lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modalità Parto: _____ Nazionalità: _____ Punto Nascita: _____

- quanti bambini sono nati nei diversi punti nascita della Provincia di Treviso (Fig. 3);
- quanti bambini escono dal nido in LM; quanti con latte formulato o misto (Fig. 4);
- quante mamme lavorano (e quante dipendenti e quante in proprio), quante mamme sono casalinghe o sono senza lavoro (Fig. 5).

Figura 2.

Nazionalità (%).

**Figura 3.**

Punti nascita (%).

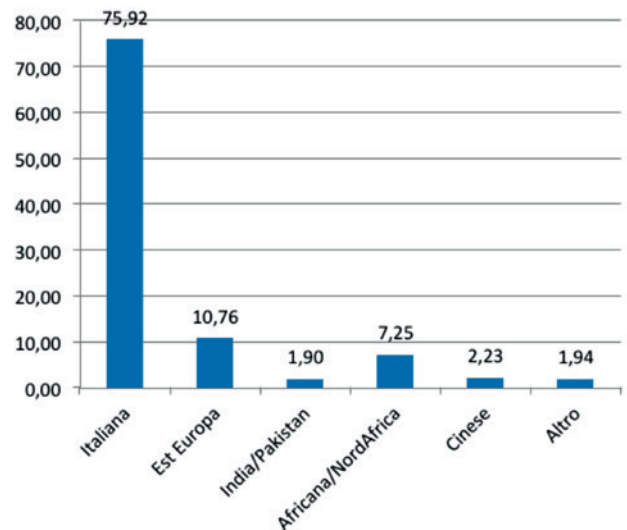
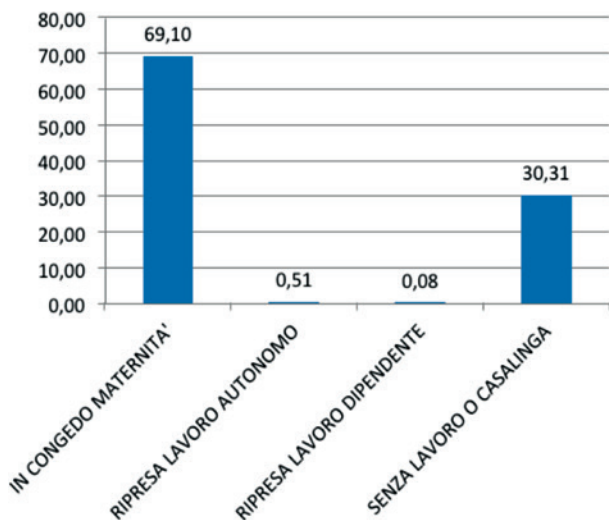
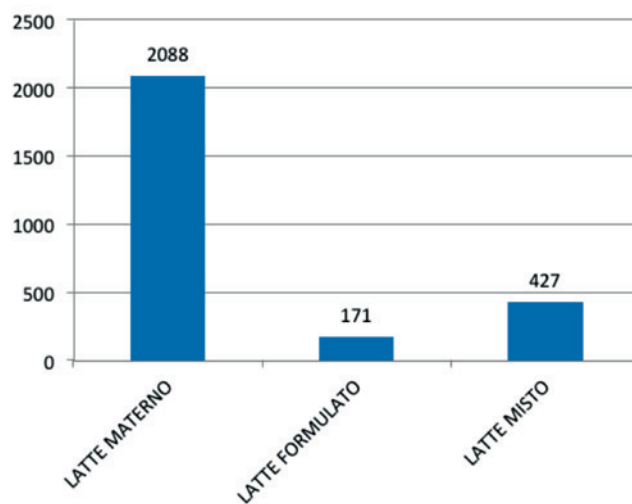


Figura 4.

Lavoro madre (al nido) (%).

**Figura 5.**

Allattamento ai Punti nascita (%).



Diagnosi precoce e incidenza dei disturbi della comunicazione e della relazione in Toscana

S. Castelli

FIMP Toscana

Nel 2010, sulla base di quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, la Regione Toscana (del. reg. 699 del 03/08/2009) ha avviato un progetto per la diagnosi precoce dei disturbi della comunicazione e della relazione, prevedendo il pieno coinvolgimento dei Pediatri di Famiglia (PdF), attraverso uno screening in occasione del bilancio di salute del 18 mese (18 +/- 3 mesi). Al bilancio di salute di 18 mesi il PdF somministra l'M-CHAT 23. Si tratta di 23 domande che prevedono una risposta si o no. Le conclusioni possono essere di due tipi: 1) "nella norma", 2) "a rischio". I casi "a rischio" vengono inviati al secondo livello.

Scopo del lavoro

Valutare l'efficacia della M-CHAT 23 per lo screening dei disturbi dello spettro autistico. Valutare l'incidenza dei disturbi della comunicazione e della relazione in Toscana.

Materiali e metodi

Sono stati coinvolti tutti i segretari provinciali, per ricevere dagli iscritti della propria provincia il file delle M-CHAT 23 fatte ai bambini nati nel 2012. Abbiamo scelto quest'anno perché sicuramente tutti i bambini del 2012 "a rischio" hanno già completato il percorso diagnostico presso il secondo livello, per cui hanno già avuto una diagnosi.

Risultati

- PdF partecipanti: 246 (Totale PdF FIMP Toscana: 416) 59%.
- M-CHAT 23 effettuate (Totale bambini nati 2012 scrinati): 12662.
- M-CHAT 23 "a rischio": 128 (1% delle M-CHAT effettuate).
- M-CHAT 23 confermate dal II livello: 33.

Incidenza annua dei disturbi dello spettro autistico in Toscana: 0,26% pari a 1/383 bambini.

Purtroppo in Italia non abbiamo una stima ufficiale del tasso di incidenza dell'autismo; anche in Europa non esistono stime ufficiali e si va da 1 caso su 133 a 1 caso su 86. Più precise sono le stime USA: secondo il CDC (*Center for Disease Control*), 1 bambi-

no su 68 è affetto da disturbi dello spettro autistico. I nostri sono i primi dati ufficiali in Italia su una casistica così ampia e sono profondamente diversi da quelli sopra riportati.

Conclusioni

Lodevole è l'iniziativa della Regione Toscana, in collaborazione con la FIMP regionale dello screening, al bilancio di salute di 18 mesi con l'M-Chat 23, per

Indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale rivolta ai bambini nella provincia di Modena

M.G. Catellani, A. Bergomi, T. Pedrazzi,
K. Szadejko, L. Iughetti, N. Lugli, L. Casolari

FIMP Modena

Background

Negli ultimi anni nella provincia di Modena si è assistito a un calo della copertura vaccinale: nel 1997 la copertura vaccinale (riferita alle vaccinazioni obbligatorie) raggiungeva il 98%, mentre nel 2014 si è arrivati a una copertura del 94,7%, con un netto calo del 3,3%, di cui 1% solo nell'ultimo anno. Anche se attualmente la problematica non risulta rilevante ai fini della cosiddetta *herd immunity*, se il trend dell'aumento del numero di genitori che decidono di non aderire al piano vaccinale dovesse mimare quello degli ultimi anni, nel giro di poco tempo si assisterà a un calo tale della copertura vaccinale da scendere sotto i tassi critici, fatto che causerà una ricomparsa di malattie ritenute attualmente estremamente rare da contrarre. Il problema risulta dunque rilevante rispetto ai possibili rischi per la salute della popolazione.

Metodo

Nello studio, condotto tra novembre 2014 e giugno 2015, sono stati adottati due approcci di ricerca: quantitativo e qualitativo. Il primo, basato sulla compilazione di un questionario cartaceo, era rivolto alla popolazione generale dei genitori dei bambini di età compresa tra gli 0 e i 6 anni, reclutati indipenden-

la diagnosi precoce dei disturbi della comunicazione e della relazione, perché sappiamo quanto sia fondamentale la diagnosi precoce per la prognosi di questa malattia. Questo screening permette, nella nostra regione, di fare diagnosi di spettro autistico intorno ai 20 mesi e comunque sempre prima dei due anni, contro una media nazionale di 5 anni. Con la nuova legge sull'autismo, approvata in agosto, sia la diagnosi precoce, oltre che il trattamento, fanno parte dei LEA.

temente dalla scelta vaccinale. Al questionario hanno risposto 1332 soggetti, tra cui 51,4% maschi, 48,6% femmine. Gli obiettivi dell'indagine, in questa fase dello studio, principalmente sono stati tre: 1) analizzare come venga percepito il piano vaccinale obbligatorio, 2) esplorare quali siano le opinioni dei genitori sulle vaccinazioni e 3) qual è il rapporto tra genitore e operatore sanitario nell'ambito del setting vaccinale. Nella parte finale del questionario sono state indagate alcune caratteristiche socio-demografiche delle famiglie in esame. L'approccio di ricerca qualitativo, in forma di 4 focus group, è stato rivolto alla specifica parte di genitori (25 persone), che hanno scelto di non aderire o aderire solo parzialmente al piano vaccinale obbligatorio. L'obiettivo della ricerca, secondo questo approccio, è stato quello di esplorare quali siano le motivazioni alla base del rifiuto vaccinale, i fattori che concorrono a questa scelta e quali siano le fonti di informazione sulle vaccinazioni utilizzate dalle famiglie.

Risultati

Dall'approccio di ricerca quantitativa è emerso che la popolazione dei genitori della provincia di Modena principalmente si divide in tre macro gruppi: i vaccinatori totali, i vaccinatori parziali e i non vaccinatori. Ciascun gruppo ha presentato diversi livelli di percezione del rischio delle vaccinazioni, del loro valore protettivo e dell'organizzazione sanitaria intesa come disponibilità e preparazione degli operatori sanitari che lavorano nell'ambito vaccinale, e flessibilità del sistema sanitario nell'andare incontro alle diverse esigenze dei genitori. Generalmente al maggiore livello di rischio percepito corrispondeva maggiore rifiuto

dell'offerta vaccinale. Dalle analisi statistiche è emerso anche che le persone con più elevato titolo di studio, soprattutto le madri, dimostrano la tendenza ad attribuire minore valore protettivo alle vaccinazioni e, di conseguenza, a non vaccinare o vaccinare solo parzialmente i propri figli.

Per quanto riguarda l'approccio di ricerca qualitativo, è emerso che i principali motivi che stanno alla base del rifiuto vaccinale sono: a) la non percezione della pericolosità della malattia (una perdita della memoria della malattia), b) le malattie prevenute dal vaccino vengono considerate estremamente rare e quasi impossibili da contrarre, c) la paura degli effetti collaterali dei vaccini, d) il fatto che bambino viene considerato

troppo piccolo e con un sistema immunitario "immaturato". Le principali fonti di informazione utilizzate dai genitori sono: Internet, le associazioni contro le vaccinazioni e la cerchia delle amicizie.

Infine, è stato individuato un processo decisionale che porta i genitori a scegliere di non aderire al piano vaccinale: a seguito di un primo input, in forma di un primo dubbio, che proviene innanzitutto dall'ambito familiare o dalla cerchia delle amicizie, inizia una ricerca molto attiva di informazioni, mirate a rinforzare i propri dubbi e non a chiarirli o sfatarli. Una ricerca così "viziata" porta a un aumento dei dubbi e della paura iniziali. La ovvia e drammatica conseguenza è il rifiuto delle vaccinazioni, alla base del quale vi è dunque la paura del genitore.