fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Uno spiraglio nella *Vertenza Salute*

Congresso Nazionale FIMP 2016

Zika virus

Artrite idiopatica giovanile sistemica

Abstract del IX Congresso Nazionale FIMP 2015

In ricordo di ... Dario Pavesio e Guido Brusoni

in questo numero

1

2016

PueriMed S.R.L.

PACINI EDITORE MEDICINA

Periodico trimestrale - Aut. Trib. di Pisa n. 6/92 del 6/2/1992 - Finito di stampare nel mese di marzo 2016 presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl, Pisa

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

1
2016

DIRETTORE ESECUTIVO
Giampietro Chiamenti

DIRETTORE RESPONSABILE
Valdo Flori

COMITATO DIRETTIVO
Giampietro Chiamenti
Paolo Biasci
Luigi Nigri
Adolfo Porto
Costantino Gobbi
Giovanni Semprini
Giovanni Cerimoniale
Domenico Careddu
Giuseppe di Mauro

COMITATO DI REDAZIONE
Mario Marranzini
Michele Fiore
Valdo Flori
Adima Lamborghini

www.fimp.pro

CONTATTI
ilmedicopediatra@fimp.pro

© COPYRIGHT BY
Federazione Italiana
Medici Pediatri
Via Parigi 11
00161 Roma

EDIZIONE
Pacini Editore Srl
Via A. Gherardesca 1 · 56121 Pisa
www.pacinimedicina.it

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.
Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, segreteria@aidro.org, http://www.aidro.org.
I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Ospedaletto (Pisa)

PueriMed S.R.L.

PACINI EDITORE MEDICINA

indice

ilmedicopediatra
Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

editoriale

1 **Uno spiraglio nella *Vertenza Salute***
Giampiero Chimenti

news

2 **Il SSN è prioritario!**
Comunicato stampa governo-sindacati medici
(Roma, 9 marzo 2016)

attività professionale

3 **X Congresso Nazionale FIMP 2016**

attualità

14 **Zika virus. Cosa bisogna sapere**
Carlotta Montagnani

approfondimenti e notizie

17 **Artrite idiopatica giovanile sistemica**
Alice Brambilla, Gabriele Simonini

23 **Può l'infanzia negata sfociare nel maltrattamento minorile?**
Emilio Iannotta, Rossella Iannotta

clinica e management

24 **Abstract del IX Congresso Nazionale FIMP 2015**

41 **In ricordo di Dario Pavesio**
di Emanuele Varaldo

44 **In ricordo di Guido Brusoni**
di Michele Fiore

Accedi all'edizione digitale (pdf)

Giampiero Chimenti
Presidente Nazionale FIMP

Uno spiraglio nella *Vertenza Salute*

La decisione di non revocare lo sciopero del 17-18 marzo, ma di dilazionarlo di 60 giorni al 26-27 maggio, nonostante le aperture al dialogo e l'effettiva convocazione di tavoli tecnici, rientra nella logica del confronto fra le parti, laddove la tensione di una protesta non può lasciare il passo alla fiducia incondizionata in mancanza di atti ufficiali.

Per questo motivo sono confermate anche le assemblee convocate nelle strutture ospedaliere di diverse città, rientranti nel diritto sindacale del comparto della dipendenza e utilizzate per sensibilizzare i colleghi e l'opinione pubblica, oltre che le amministrazioni locali.

Nella stessa logica viene confermata la manifestazione generale di Area Centro a Firenze, in analogia a quella fatta a Napoli il 20 febbraio, allo scopo di tenere desta l'attenzione sulle problematiche che stanno alla base delle nostre rivendicazioni.

Vorrei soffermarmi sul comunicato congiunto fra governo e sindacati, che trovate pubblicato in questo numero, poiché potrebbe effettivamente segnare una svolta nelle trattative per il rinnovo dell'ACN, sia accelerandone il percorso sia aumentando i margini di una trattativa meno sfavorevole.

Durante il confronto col governo, ci è stato ribadito che i rinnovi contrattuali devono avvenire in costanza di risorse economiche, pur tuttavia è stata sottolineata la volontà di salvaguardare il SSN e al suo interno di migliorare i modelli assistenziali nel rispetto dei ruoli e delle mansioni dei medici, oltre a rivedere i criteri occupazionali.

Tradotto in termini sindacali si rafforza la possibilità di chiedere il rispetto della nostra specificità specialistica pediatrica e di quanto già concretizzato con gli accordi regionali e aziendali. Il che non significa che nulla cambia, ma che se vogliamo rivendicare le eccellenze assistenziali realizzate negli anni facendole diventare paradigmatiche, possiamo essere noi a condizionare i modelli previsti dalle leggi vigenti.

Non vi è dubbio che in futuro dovremo accettare l'applicazione di criteri valutativi, così come concordare obiettivi di salute da raggiungere, ma anche l'organizzazione del lavoro dovrà passare dall'autodeterminazione della categoria organizzata nelle AFT, tenendo conto delle peculiarità locali, delle aggregazioni esistenti, del rispetto dei fattori produttivi acquisiti (personale di studio e investimenti eseguiti), mantenendo la guardia medica nelle modalità attuali.

Può sembrare poco ma vi assicuro che solo 6 mesi fa tutto questo era molto, molto lontano!

Siccome sono molto realista, non voglio illudermi/vi anzitempo sulla firma di un ACN che sia quanto meno traumatica possibile negli effetti del cambiamento, ma la rotta intanto ha avuto una correzione e spero si possa averne conferma al Congresso sindacale di Napoli del 7-10 aprile, dove il ministro Lorenzin ha preannunciato la sua presenza, affiancandosi a quella delle Regioni, della Sisac, delle sigle sindacali della medicina generale e specialistica e della rappresentanza della società civile che parteciperanno l'8 aprile alla tavola rotonda, che credo possa rappresentare un'importante occasione di confronto trasversale.

Comunicato stampa governo-sindacati medici (Roma, 9 marzo 2016)

Il SSN è prioritario!

Il confronto – coordinato dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Claudio De Vincenti, affiancato dai Ministri della salute, Beatrice Lorenzin, e per la semplificazione e la pubblica amministrazione, Maria Anna Madia, e dal Segretario generale di palazzo Chigi, Paolo Aquilanti – ha visto le parti condividere l'impegno a formulare una progettualità nazionale che, pur nel rispetto del ruolo delle Regioni, metta la Sanità tra le priorità della propria agenda.
Nel corso della discussione, il governo ha ribadito l'esigenza di mantenere, all'interno di un percorso di cambiamento e di efficienza, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei principi di universalità, solidarietà ed equità, confermando i livelli di finanziamento già disposti e promuovendo, con la collaborazione dei medici, una maggiore appropriatezza sia organizzativa che clinica, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale – in modo omogeneo – un'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e un'efficace ed efficiente allocazione delle risorse disponibili.

Si è quindi convenuto di affrontare, nell'ambito di Tavoli dedicati, i seguenti argomenti:

1) valorizzazione della professione medica, riconoscendole il ruolo centrale nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti, nonché nella governance delle strutture sanitarie, ospedaliere e di medicina territoriale, assicurando l'autonomia tecnico-professionale e la correlata responsabilità;
2) coinvolgimento delle organizzazioni sindacali – con le Regioni, i Ministeri della Salute, dell'Istruzione, Università e ricerca e dell'Economia e delle finanze – nella stesura, relativamente all'attuazione del Patto della salute 2014/16, dell'art. 22, per ciò che riguarda gli sviluppi professionali di carriera, la valorizzazione delle risorse umane, i rapporti con le altre professioni sanitarie;
3) definizione delle tipologie di contratti flessibili compatibili con l'attività sanitaria all'interno della PA, in coerenza con la disciplina UE di riferimento; percorsi di stabilizzazione graduale del personale precario; regolamentazione dei fenomeni di esternalizzazione delle attività sanitarie da parte delle strutture ospedaliere; verifica del tetto di spesa per il personale;
4) riforma del sistema di formazione, pre e post laurea, dei medici e dei dirigenti sanitari, in sinergia con il MIUR e il Ministero della salute;
5) avvio con la vigilanza dei ministeri competenti, previa definizione delle aree contrattuali e dell'atto di indirizzo, delle trattative per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo collettivo nazionale, quali strumenti di governo e innovazione del sistema sanitario;
6) verifica, con le Regioni e col MEF, in sede di Conferenza Unificata dell'ambito applicativo del comma 236 della legge di stabilità 2016.

Documento di Presentazione del X Congresso Scientifico Nazionale FIMP 2016
(Pisa, 29 settembre - 1 ottobre 2016)

Cosa rappresenta il **Congresso Nazionale FIMP?**

Il Congresso Scientifico Nazionale FIMP interpreta gli indirizzi strategici della segreteria nazionale FIMP in ordine allo sviluppo professionale continuo del Pediatra di Famiglia italiano. Esso rappresenta l'esito delle sinergie e del dialogo tra la Segreteria Nazionale FIMP e il Comitato Scientifico-Tecnico-Organizzativo da essa istituito.

Il Comitato Scientifico, riunitosi a Firenze dal'11 al 13 marzo 2016, ha ripreso il lavoro sul programma del Congresso Scientifico Nazionale FIMP 2016, che si svolgerà a Pisa dal 29 settembre al 1 ottobre 2016, confermando la validità di alcuni cambiamenti significativi di impostazione, finalizzati alla traduzione in una nuova tipologia metodologica delle istanze professionali interpretate dalla FIMP e tese a consolidare e/o innovare le conoscenze del Pediatra di Famiglia italiano.

Il Congresso Scientifico Nazionale FIMP deve diventare, con il supporto e la collaborazione delle segreterie provinciali, l'appuntamento congressuale più importante dell'anno per il Pediatra di Famiglia italiano. Per raggiungere questo obiettivo è necessario valorizzare sempre più la tipicità professionale del Pediatra di Famiglia, in relazione alla sua multiforme attività clinico-assistenziale quotidiana attraverso l'analisi, lo studio e la presentazione delle evidenze scientifiche più validate che ne supportano le conseguenti azioni professionali: questo è il lavoro progettuale sul quale il Comitato Scientifico FIMP ha concentrato la propria attenzione, dando contenuto a quell'importante transizione delle attività scientifiche promosse da FIMP, da un'impostazione parcellizzata in "scuole e reti specialistiche" a una nuova e più moderna suddivisione per aree tematiche, che rispondano in modo più attento alla struttura e alle reali esigenze della Pediatria di Famiglia di oggi e di domani.

In questo modo s'intende dare consolidamento alla consapevolezza del ruolo del Pediatra di Famiglia italiano nel panorama socio-assistenziale attuale, attraverso il superamento di un approccio alla pediatria cure primarie caratterizzata da un'accademica suddivisione dell'attività in competenze sub-specialistiche per organi e apparati, per sviluppare e potenziare, invece, una specificità professionale legata alla presa in carico a tutto tondo del bambino e della sua famiglia dalla nascita all'adolescenza.

I temi e i contenuti che verranno affrontati nel Congresso Scientifico Nazionale FIMP 2016 si sviluppano attorno a tre obiettivi principali:

- rispondere ai bisogni formativi del Pediatra di Famiglia italiano;
- proporre modelli operativi condivisi da sviluppare e diffondere uniformemente sul territorio nazionale;
- rafforzare il valore strategico delle due principali aree di lavoro del programma scientifico 2016-2018 del Comitato Scientifico FIMP (vedi relazione), rappresentate dall'Area Prevenzione e dall'Area Diagnostico-Terapeutica.

Il Congresso FIMP vorrebbe rappresentare il punto di partenza per lo sviluppo di iniziative formative periferiche (provinciali) sui temi ritenuti strategici per lo sviluppo di una più capillare uniformità professionale della nostra categoria.

COME ABBIAMO FATTO LE SCELTE DEI TEMI DELLE SESSIONI?

Il Comitato Scientifico, rappresentativo delle istanze provenienti da tutto il territorio nazionale, ha sviluppato la propria attenzione attorno alle esigenze clinico-assistenziali dei bambini di oggi, attraverso l'analisi dei bisogni formativi del Pediatra di Famiglia di oggi.
I contenuti basilari fanno riferimento a quanto sviluppato nel Documento delle attività scientifiche FIMP per il triennio 2016-2018 e s'indirizzano principalmente allo sviluppo dell'Area Prevenzione e dell'Area Diagnostico-Terapeutica.
A supporto di tale impostazione sono state sviluppate delle tipologie di sessione differenziate tra comunicazioni frontali e corsi interattivi a piccoli gruppi con obiettivi formativi pratici:

- **comunicazioni frontali** classiche;
- **corsi**: fanno riferimento ai compiti professionali del Pediatra di Famiglia correlati al **progetto salute-infanzia e al progetto cure primarie**; ne valorizzano le specificità professionali attraverso un potenziamento delle azioni e degli interventi che la caratterizzano in termini di evidenza scientifica, responsabilità e valorizzazione economica dell'attività professionale; sono orientati allo sviluppo del "sapere" e del "saper fare", con l'obiettivo di aumentare il livello medio della pratica professionale di tutta la categoria;
- congresso fai da te;
- **sessione Consensus Antibioticoterapia**: in questa sessione proponiamo un "sovvertimento" dell'ordine ovvero i relatori saranno dei Pediatri di Famiglia che presenteranno i risultati della Consensus, mentre come conduttori ci saranno due esperti (Staiano e Marchisio);
- sessione specifica di **presentazione delle attività progettuali e di ricerca** nell'ambito della Pediatria di Famiglia: viene confermato l'alto valore di questa sessione, che quest'anno avrà come conduttore anche un universitario con l'obiettivo di far vedere anche all'esterno ciò che la nostra categoria produce.

Il congresso si conclude in sessione plenaria con un tema di importante rilevanza sociale aperto al pubblico.

COME ABBIAMO SCELTO RELATORI E CONDUTTORI?

La scelta dei relatori è stata fatta con un'attenzione particolare alle competenze specifiche, basata sulla capacità di trasmettere al Pediatra di Famiglia un sapere esperto utile alla pratica professionale quotidiana.
La scelta dei conduttori è stata fatta con un'attenzione particolare alle competenze specifiche e vocazionali dei Pediatri di Famiglia, individuati avendo cura di valorizzare le capacità comunicative.

QUAL È IL RUOLO DEI CONDUTTORI?

Rappresentano il perno strategico del Congresso Scientifico Nazionale 2016.
Si è inteso rivalutare e potenziare il ruolo del Pediatra di Famiglia, vero protagonista del Congresso FIMP, proponendo un suo ruolo più attivo e qualificato nella gestione dei contenuti e nella regia delle sessioni scientifiche. Il conduttore dovrà:

- contattare i relatori e condurli nella preparazione delle relazioni, trasmettendo loro gli obiettivi educativi della sessione e avendo cura che le relazioni non siano centrate sul relatore ma su coloro cui la relazione è diretta (evitare, ad esempio, che vengano replicate *tout-court* relazioni "standard" già pronte, ecc.);
- introdurre il tema oggetto della sessione, presentando lo "stato dell'arte" della Pediatria di Famiglia; per ciascun argomento egli dovrà esplicitare cosa fa il Pediatra di Famiglia, qual è la sua specificità, quali strumenti utilizza, ecc.;
- presentare i relatori e condurli nella presentazione della loro relazione, intervenendo per chiarirne gli eventuali aspetti poco chiari o meno affini alla pratica quotidiana del Pediatra di Famiglia;
- concludere i lavori della sessione traducendo in competenze pratiche le evidenze scientifiche presentate dall'esperto;
- rappresentano il perno strategico del Congresso Nazionale 2016 perché devono interpretare la specificità professionale del Pediatra di Famiglia;
- traduce in competenze pratiche le evidenze scientifiche presentate dall'esperto.

Firenze, 13 marzo 2016
Il Comitato Scientifico-Tecnico-Organizzativo FIMP

X CONGRESSO NAZIONALE **FIMP 2016**

1000 Giorni Più

29 SETTEMBRE
1 OTTOBRE 2016

CENTRO CONGRESSI
PISA

PROGRAMMA PRELIMINARE

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

AIM GROUP INTERNATIONAL

RAZIONALE

1000 Giorni Più

Ogni genitore desidera per il proprio bambino una vita sana, felice e ricca di potenzialità. La chiave per raggiungere questo scopo si trova nei primi mille giorni (e più): dalla gravidanza (e oggi sappiamo anche un po' prima) ai primi anni.

Questa ristretta finestra temporale ci offre l'opportunità di realizzare una serie di interventi in grado di determinare la qualità della salute futura, attraverso la profonda influenza sulla crescita, sullo sviluppo emozionale e sul potenziale cognitivo e di apprendimento.

Promuovere responsabilmente lo sviluppo ottimale di ciascun bambino, infatti, migliora a lungo termine la stabilità sociale ed economica, ed ha un impatto su salute e benessere riducendo, inoltre, il rischio di sviluppare malattie croniche ad alto impatto assistenziale. Ciò che accade durante la gravidanza e durante questi primi anni sensibili avrà effetti a breve e lungo termine.

Scienziati, economisti e esperti in sanità ci dicono che cogliere le opportunità offerte dalla finestra temporale dei primi mille giorni (e più) è uno dei migliori investimenti che si possano fare per ottenere un adulto più sano. Molte delle soluzioni per sviluppare questa potenzialità sono note, dimostratamente efficaci e alla nostra portata: possiamo realizzarle attraverso l'alleanza con i genitori, il tessuto sociale e le Istituzioni.

Dott. Giampietro Chiamenti

Presidente FIMP

SEGRETERIA NAZIONALE

Giampietro Chiamenti - *Presidente*
Paolo Biasci
Luigi Nigri
Domenico Careddu
Giovanni Cerimoniale
Giuseppe Di Mauro
Costantino Gobbi
Adolfo Porto
Donella Prosperi
Giovanni Semprini

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO ORGANIZZATIVO FIMP

Coordinatore:
Giuseppe Di Mauro

Componenti:
Domenico Careddu
Teresa Cazzato
Giovanni Cerimoniale
Mattia Doria
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Milena Lo Giudice
Donella Prosperi
Maria Grazia Sapia
Valter Spanevello

X CONGRESSO NAZIONALE **FIMP 2016** 29 settembre 1 ottobre 2016
Centro congressi PISA

X CONGRESSO NAZIONALE FIMP

GIOVEDÌ 29 SETTEMBRE

ORE 14.30 – 16.30
SALUTI DELLE AUTORITA'
PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO

16.45 – 18.30
TAVOLA ROTONDA

3

X CONGRESSO NAZIONALE **FIMP 2016** 29 settembre 1 ottobre 2016
Centro congressi PISA

VENERDÌ 30 SETTEMBRE

ORE 08.30 – 10.30

SALA A

COSA C'È DI NUOVO SU: DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO-ADHD

SALA B

ALIMENTAZIONE TRA RESTRIZIONI E LIBERALIZZAZIONI

SALA C

QUALCOSA È CAMBIATO??
ANTIPIRETICI - ANTIBIOTICI - STEROIDI ORALI E INALATORI - INIBITORI DI POMPA
ANTISTAMINICI - ANTILEUCOTRIENICI

SALA D

IL CONGRESSO FAI DA TE
TUTTO QUELLO CHE AVRESTE VOLUTO SAPERE SU:

- ***NEUROLOGIA***
- ***GASTROENTEROLOGIA***
- ***IMMUNOLOGIA***

SALA E

CYBERLANDIA: L'EDUCAZIONE NELL'ERA DIGITALE

ORE 10.45 – 13.00

SALA A

IL MICROBIOTA FRA IPOTESI ED EVIDENZE

SALA B

AMBIENTE E BENESSERE OLISTICO

SALA C

MALATTIE RARE; SEGNI E SINTOMI SOTTO LA LENTE

SALA D

BUONA NOTTE: IL SONNO TRA FISIOLOGIA E DISTURBO

SALA E

LE PAROLE CHE NON SO DIRTI: COMUNICARE CON LA FAMIGLIA

X CONGRESSO NAZIONALE **FIMP 2016** 29 settembre 1 ottobre 2016
Centro congressi PISA

VENERDÌ 30 SETTEMBRE

ORE 14.30 – 18.45

SALA A

PERCHÉ PARLARE ANCORA DI... ACIDO FOLICO... FUMO... SIDS... PREVENZIONE INCIDENTI...
LETTURA AD ALTA VOCE

WORKSHOP PER PEDIATRI DI FAMIGLIA

SALA B

CORSO PER PEDIATRI DI FAMIGLIA

"Spirometria e Prick Test" - Workshop 1
14.30 / 16.30 I° TURNO
16.45 / 18.45 II° TURNO

SALA C

CORSO PER PEDIATRI DI FAMIGLIA

"ORL strumenti vecchi e nuovi" - Workshop 2
14.30 / 16.30 I° TURNO
16.45 / 18.45 II° TURNO

SALA D

CORSO PER PEDIATRI DI FAMIGLIA

"Corso base di gestione delle vie respiratorie in Pediatria"
(riconoscere e trattare le emergenze respiratorie nell'ambulatorio del PdF) - Workshop 3
14.30 / 16.30 I° TURNO
16.45 / 18.45 II° TURNO

SALA E

CORSO PER PEDIATRI DI FAMIGLIA

"Dermatoscopia" - Workshop 4
14.30 / 16.30 I° TURNO
16.45 / 18.45 II° TURNO

SALA F

CORSO PER PEDIATRI DI FAMIGLIA

"Gli screening oculistici nei primi tre anni" - Workshop 5
14.30 / 16.30 I° TURNO
16.45 / 18.45 II° TURNO

5

X CONGRESSO NAZIONALE **FIMP 2016** 29 settembre 1 ottobre 2016
Centro congressi PISA

VENERDÌ 30 SETTEMBRE

WORKSHOP PER PEDIATRI DI FAMIGLIA
Obiettivi

WORKSHOP 1
SPIROMETRIA E PRICK TEST

Al termine del corso il partecipante avrà acquisito le conoscenze e le competenze per:
Definire il significato della spirometria nella diagnosi e nella valutazione nel tempo dell'asma nel bambino.
Riconoscere gli elementi di base necessari ad una corretta interpretazione dei dati spirometrici.
Definire le indicazioni e il significato dell'esecuzione del prick test nel bambino con malattia respiratoria.
Definire le procedure corrette di esecuzione, i possibili errori di esecuzione e di interpretazione.

WORKSHOP 2
ORL STRUMENTI VECCHI E NUOVI

Al termine del corso il partecipante avrà acquisito le conoscenze e le competenze per:
Definire le indicazioni all'esecuzione, eseguire correttamente interpretare i risultati delle principali procedure diagnostiche ORL utilizzabili nell'ambulatorio del pediatra.
(otoscopia pneumatica, video otoscopia, ear check, timpanometria).

WORKSHOP 3
CORSO BASE DI GESTIONE DELLE VIE RESPIRATORIE IN PEDIATRIA

Al termine del corso il partecipante avrà acquisito le conoscenze e le competenze per.
Utilizzare correttamente i dispositivi medici necessari per l'inquadramento diagnostico e la gestione della insufficienza respiratoria.

WORKSHOP 4
DERMATOSCOPIA

Al termine del corso il partecipante avrà acquisito le conoscenze e le competenze per:
Riconoscere le caratteristiche delle principali lesioni cutanee.

WORKSHOP 5
GLI SCREENING OCULISTICI NEI PRIMI TRE ANNI

Al termine del corso il partecipante avrà acquisito le conoscenze e le competenze per:
Definire la tipologia e la tempistica corretta di esecuzione dei test di screening oculistico.
Eseguire correttamente gli screening previsti nei bilanci di salute.

X CONGRESSO NAZIONALE **FIMP 2016** 29 settembre 1 ottobre 2016
Centro congressi PISA

SABATO 1 OTTOBRE

ORE 08.30 – 11.30

SALA A

NON È MAI TROPPO TARDI PER IMPARARE A...
PRESCRIVERE E INTERPRETARE LA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

SALA B

AFFRONTIAMO IL RIFIUTO VACCINALE

SALA C

VALUTAZIONE E PROMOZIONE DELLO SVILUPPO NEUROMOTORIO

SALA D

LINEE GUIDA E CONSENSUS: TRA IL DIRE E IL FARE.
OTITE MEDIA FARINGOTONSILLITE BRONCHIOLITE
DISORDINI GASTROINTESTINALI LATTANTE FEBBRILE

SALA E

SESSIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA E COMUNICAZIONE DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA
"Una sessione dedicata esclusivamente ai progetti che vedono protagonisti, sia come ideatori che come realizzatori, i Pediatri di Famiglia, anche in collaborazione con la Pediatria Ospedaliera e/o Universitaria e/o altre figure professionali"

ORE 11.45 – 13.00

SALA A

IL BAMBINO E LO SPORT - *TAVOLA ROTONDA*

7

X CONGRESSO NAZIONALE **FIMP 2016** 29 settembre 1 ottobre 2016
Centro congressi PISA

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE CONGRESSUALE

PALAZZO DEI CONGRESSI DI PISA
Via Giacomo Matteotti, 1,
56124 Pisa PI

ISCRIZIONI

PRE ISCRIZIONE MEDICI	
I DEAD LINE *(ENTRO L'8 LUGLIO)*	**€ 610,00**
II DEAD LINE *(DOPO L'8 LUGLIO)*	**€ 732,00**
ISCRIZIONE GIOVANE MEDICO *(under 35)*	**€ 61,00**
OSTETRICHE, INFERMIERI E INFERMIERI PEDIATRICI	**€ 122,00**

LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE:
La partecipazione ai lavori scientifici // kit congressuale // Attestato di frequenza // Colazioni di lavoro
Tutti i prezzi indicati sono comprensivi di IVA.

SITO DEL CONGRESSO

www.congressonazionalefimp2016.it

ECM

L'evento è inserito nel piano formativo 2016 di FIMP e verrà accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua per la figura professionale del Medico Chirurgo, Infermiere, Infermiere Pediatrico. Si precisa che i crediti verranno erogati a fronte di una partecipazione pari al 100% ai lavori scientifici e del superamento della prova di apprendimento con almeno il 75% delle risposte corrette.

PROVIDER

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

FIMP – Federazione Italiana Medici Pediatri
Via Parigi, 11
00185 Roma
Tel: +39 0644202575
providerfimp@fimp.pro

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

AIM GROUP INTERNATIONAL

AIM GROUP INTERNATIONAL
Sede di Firenze
Viale Mazzini, 70 – 50132 Firenze (Italy)
Tel: +39 055 233881
Fax: +39 055 3906908
Fimp2016@aimgroup.eu

8

Carlotta Montagnani
Ospedale pediatrico Anna Meyer, Firenze

Zika virus

Cosa bisogna sapere

Lo Zika virus, appartenente alla famiglia dei *Flaviviridae*, è stato isolato per la prima volta nelle scimmie nel 1947 nella foresta Zika in Uganda e nell'uomo nel 1968 in Nigeria. È trasmesso principalmente dalle zanzare del genere *Aedes*, stesso vettore della febbre Dengue e Chikungunya. Negli ultimi anni in Italia abbiamo assistito a una rapida diffusione dell'*Aedes albopictus* (zanzara tigre). La presenza di questo vettore rende possibile la trasmissione dello Zika virus, così come di altri *Flavivirus*, anche nel nostro Paese. Lo Zika virus può essere più raramente contratto anche attraverso trasfusioni di sangue, rapporti sessuali (per la presenza del virus nello sperma) e per via transplacentare.

Fino al 2007 erano stati riportati solo casi sporadici di infezione da Zika virus in Africa e in alcune aree del Sud-Est asiatico, mentre successivamente sono state descritte varie epidemie in diverse isole del Pacifico, la più grande delle quali nel 2014 in Polinesia francese. Nel maggio 2015 è stato identificato il primo caso di infezione da Zika virus in Brasile e da quel momento il virus si è rapidamente diffuso in America Latina. È stimato che in Brasile siano state colpite più di un milione di persone e casi di infezione da Zika virus sono stati riportati in altri 22 paesi dell'America Latina.

Negli Stati Uniti e in Europa sono stati descritti casi sporadici di importazione, di cui nel 2015 4 in Italia.

Le manifestazioni cliniche sono aspecifiche e rientrano nel quadro di una sindrome similinfluenzale di modesta entità. Dopo un periodo di incubazione di 3-12 giorni, possono manifestarsi febbre, cefalea, atromialgie, congiuntivite non purulenta e un'eruzione cutanea maculopapulare che compare al volto per poi diffondersi a tutto il corpo. Si stima che circa il 75% dei casi di infezione decorrano in maniera asintomatica, contribuendo al diffondersi del virus.

Durante le recenti epidemie in Polinesia francese e in Brasile è stato descritto un aumento dei casi di sindrome di Guillain-Barré.

Da ottobre 2015, in Brasile, è stato inoltre descritto un importante incremento dei casi di microcefalia nei neonati. Precedentemente veniva-

> Zika virus, appartenente alla famiglia dei *Flaviviridae* è stato isolato per la prima volta nelle scimmie nel 1947 nella foresta Zika in Uganda e nell'uomo nel 1968 in Nigeria

no riportati circa 156 casi all'anno di microcefalia, mentre da ottobre 2015 a gennaio 2016 sono stati identificati oltre 4000 casi. Non sembrano al momento essere presenti altri possibili fattori di rischio legati a questo incremento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in un comunicato del 1 febbraio, ha pertanto giudicato possibile il nesso tra l'epidemia di Zika virus e l'aumento dei casi di microcefalia e sindrome di Guillain-Barré e ha ritenuto necessario rafforzare la sorveglianza su questi quadri clinici, standardizzare la diagnosi dei casi di infezione da Zika virus e la raccolta dei dati epidemiologici, ridurre la diffusione dei vettori e favorire le misure di protezione individuale nelle popolazioni a rischio, soprattutto le gravide.

La diagnosi di infezione da Zika virus può essere effettuata attraverso la ricerca del genoma del virus nel sangue e test sierologici per la ricerca degli anticorpi, che possono però risultare falsamente positivi in caso di infezione da virus simili come Dengue, West Nile e febbre gialla. Il Ministero della Salute ha recentemente fornito i criteri per la definizione dei casi di malattia da Zika virus (Tab. I).

Non esiste nessun trattamento specifico, ma solo un trattamento di supporto per i casi più gravi, comunque rari. È sconsigliato l'utilizzo degli antiinfiammatori non steroidei per l'aumentato rischio di manifestazioni emorragiche riportato nelle altre infezioni da *Flavivirus*.

Non esistono misure di profilassi specifica e la prevenzione è basata prevalentemente sulle misure per evitare le punture da insetto: uso di repellenti cutanei, di zanzariere ai letti o alle finestre, o di aria condizionata; indossare abiti con maniche lunghe e pantaloni lunghi di colore chiaro/coloniale. Il Ministero della Salute

TABELLA I.

Definizione di caso di malattia da Zika virus secondo le indicazioni del Ministero della Salute.

Criteri clinici	Criteri di laboratorio	Criteri epidemiologici
Una persona che presenta qualsiasi esantema e/o febbre + uno dei seguenti segni o sintomi: – artralgia – artrite – congiuntivite (non purulenta -iperemia)	*Per caso probabile*: IgM specifiche per Zika virus *Per caso confermato* (almeno uno dei seguenti criteri): – individuazione di acido nucleico virale di Zika da un campione clinico – rilevamento di antigene virale di Zika da un campione clinico – individuazione di anticorpi IgM specifici per Zika in campioni di siero e conferma con test di neutralizzazione – sieroconversione o incremento del titolo anticorpale specifico per Zika di almeno 4 volte in due campioni successivi	Contatti sessuali con un caso confermato o storia di esposizione in aree con trasmissione di Zika nelle due settimane precedenti alla comparsa dei sintomi
Classificazione		
Caso possibile: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici escludendo altra eziologia **Caso probabile:** qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici ed epidemiologici o di laboratorio per caso probabile **Caso confermato:** qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per caso confermato		

consiglia che tutte le gravide che hanno viaggiato in aree in cui è stata riportata trasmissione locale del virus ne diano notizia durante le visite prenatali. Alle donne in gravidanza e a quelle che stanno cercando una gravidanza è consigliato il differimento di viaggi non essenziali verso le aree a rischio. È raccomandato che non venga donato sangue per 28 giorni dal ritorno da tali aree e l'uso del preservativo per 28 giorni dal ritorno per i viaggiatori di sesso maschile anche in assenza di sintomi, se il partner femminile è in età fertile.

È presente un sistema di sorveglianza epidemiologica della malattia da Zika virus del Ministero della Salute.

In conclusione, al momento è in corso in America Latina un'epidemia da Zika virus e in Brasile è stato documentato un incremento dei casi di microcefalia. La correlazione tra questi due eventi sembra possibile, ma sono necessari sistemi di sorveglianza e ulteriori studi per accertarla. È comunque opportuno che le donne in gravidanza evitino i viaggi nelle aree in cui è attualmente diffuso il virus. I casi sospetti di infezione da Zika virus devono essere prontamente inviati presso centri specialistici di malattie infettive per la conferma diagnostica e le opportune misure di controllo e sorveglianza epidemiologica.

Bibliografia di riferimento

1. World Health Organization (WHO). *Zika virus. Fact sheet.* Updated February 2016.
2. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005). *Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. WHO statement.* 1 February 2016.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. *Zika virus. Factsheet for health professionals.* Updated on 12 February 2016.
4. Ministero della Salute. Circolare 19 febbraio 2016. *Aggiornamento su infezione/malattia da virus Zika. Misure di prevenzione e controllo.*

Alice Brambilla[1],
Gabriele Simonini[2]

[1] Università di Firenze, Scuola di Specializzazione in Pediatria, AOU Anna Meyer, Firenze;
[2] Professore Associato in Pediatria, Università di Firenze, SOD Reumatologia pediatrica, AOU Anna Meyer, Firenze

Artrite idiopatica giovanile sistemica

L'AIG (*Artrite Idiopatica Giovanile*) è una patologia infiammatoria cronica definita dalla persistenza di segni di flogosi articolare per oltre 6 settimane dall'esordio, in un soggetto di età inferiore ai 16 anni in cui siano state escluse altre cause di artrite. Il riscontro clinico di tumefazione non traumatica o di almeno due elementi tra dolore, limitazione funzionale e iperemia cutanea è indicativo di flogosi articolare. In base alle caratteristiche cliniche riscontrate nei primi 6 mesi di malattia, l'ILAR (*International League of Associations for Rheumatology*) [1] classifica l'AIG in 7 diverse categorie: sistemica, oligoarticolare, poliarticolare con fattore reumatoide positivo, poliarticolare con fattore reumatoide negativo, psoriasica, artrite-entesite e indifferenziata.
L'AIGs (*Artrite Idiopatica Giovanile Sistemica*) ha un'incidenza di 0,4-3,5/100000 bambini per anno e costituisce il 5-10% del totale delle AIG diagnosticate in Europa e nel Nord America, mentre rappresenta fino al 25-50% dei casi di AIG nei paesi orientali (India, Giappone). Si registrano due picchi d'incidenza, il primo tra 1 e 4 anni, il secondo tra 10 e 12 anni d'età. Non emergono invece differenze epidemiologiche significative tra i due sessi.
Diversamente dalle altre categorie di artrite idiopatica, ritenute a base autoimmune, l'AIGs viene considerata come condizione a patogenesi autoinfiammatoria. Mentre le patologie autoimmuni sono il risultato di un disordine della risposta immunitaria adattativa o acquisita, le malattie autoinfiammatorie si caratterizzano per una disregolazione dell'immunità innata. In quanto tali tendono ad avere un esordio più precoce, già nei primi anni di vita, non mostrano prevalenza di genere e non si associano ad autoanticorpi circolanti. Nei pazienti affetti da AIGs si documenta un'alterata attivazione di monociti-macrofagi, neutrofili e cellule Natural-Killer, con conseguente rilascio non controllato di citochine pro-infiammatorie [2 3]. L'incrementata produzione o la ridotta inibizione di IL-1β, IL-6 e IL18 è responsabile dell'induzione e del mantenimento di processi quali aumento della temperatura corporea, produzione epatica di proteine di fase acuta, ridotta sintesi di albumina, flogosi articolare, anemia, piastrinosi, aumento permeabilità vascolare e incrementato rischio trombotico. La diminuita espressione di citochine anti-infiammatorie (IL-10) amplifica ulteriormente il processo infiammatorio. A sostegno di tale ipotesi vi è inoltre l'evidenza che il siero di pazienti con AIG sistemica attiva sia in grado di indurre la trascrizione di geni regolati da IL-1 nei monociti-macrofagi periferici di soggetti sani. Il ruolo determinante di tali mediatori nella patogenesi dell'artrite idiopatica giovanile sistemica viene anche suggerito dalla buona risposta clinica ottenuta dopo l'introduzione di inibitori selettivi di IL-1 e IL-6 in soggetti refrattari ad altre terapie. Il TNF-alfa sembra invece esercitare un effetto secondario, come si evince anche dalla scarsa efficacia delle terapie biologiche con anti-TNF.
Gli studi genetici finora condotti hanno escluso una correlazione con specifiche mutazioni geniche o con

L'artrite idiopatica giovanile (AIG) è una patologia infiammatoria cronica

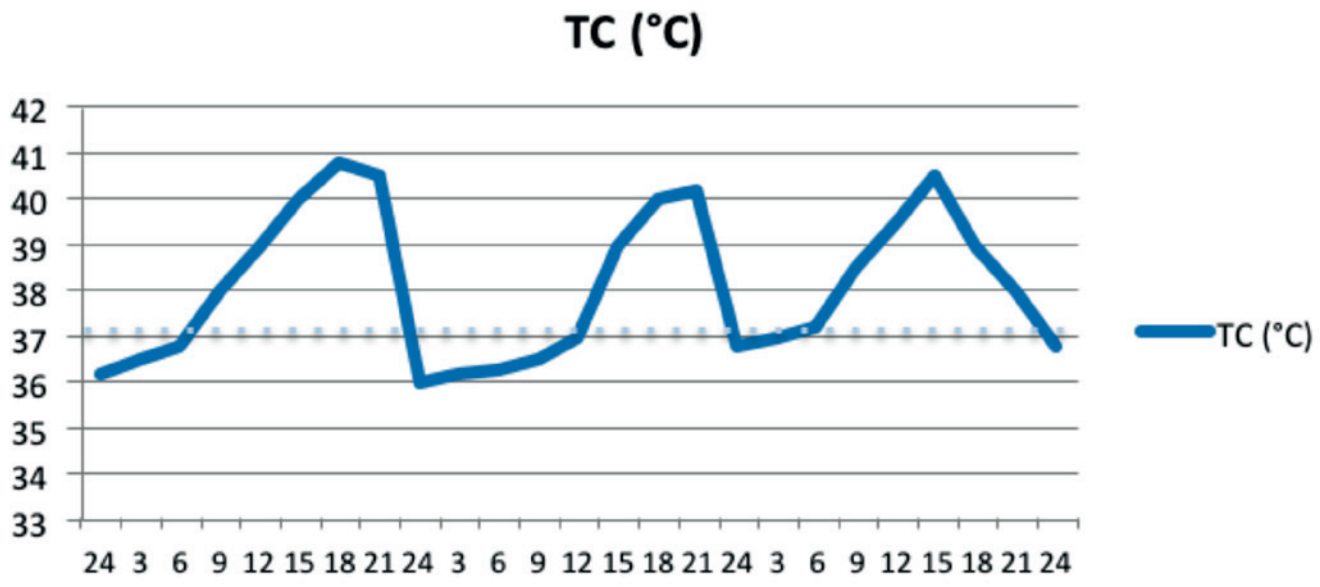
determinati aplotipi HLA e non è stata descritta la ricorrenza della malattia nella stessa famiglia. Un possibile ruolo viene invece attribuito a polimorfismi di geni coinvolti nella risposta infiammatoria. La presenza di particolari polimorfismi di promotori di geni codificanti per citochine pro-infiammatorie o inibitori di geni codificanti per citochine anti-infiammatorie potrebbe essere alla base di un'aumentata suscettibilità a sviluppare la malattia [3].

L'esordio clinico è caratterizzato da febbre della durata di almeno 2 settimane, ad andamento intermittente, anche elevata (TC > 39°C), con una o due puntate febbrili al giorno rilevate per almeno 3 giorni consecutivi (Fig. 1). L'incremento della temperatura si osserva più comunemente nel tardo pomeriggio o durante la sera. In concomitanza del picco febbrile tipicamente compare un fugace rash maculo-papulare, color rosa salmone, distribuito al tronco e alla parte prossimale degli arti. Le maculo-papule hanno diametro medio di 2-5 mm, scompaiono in poche ore e possono essere pruriginose. L'artrite può manifestarsi all'esordio o anche a diverse settimane di distanza; si presenta come oligo- o poliartrite a carico delle grandi e/o piccole articolazioni, per lo più simmetrica. Ginocchia, polsi e caviglie sono le sedi più comunemente coinvolte, ma anche la colonna cervicale, le anche, le articolazioni interfalangee e la temporo-mandibolare possono essere interessate. Accanto alla febbre e all'artrite si riscontrano generalmente epato-splenomegalia e linfoadenomegalia polidistrettuale simmetrica. In corrispondenza delle stazioni linfonodali superficiali (cervicali, ascellari, inguinali) si rilevano linfonodi palpabili di consistenza teso-elastica, mobili sui piani circostanti. Non infrequente è inoltre l'insorgenza di sierositi. Nel 3-9% dei casi si osserva pericardite con versamento pericardico; tale complicanza è spesso asintomatica, ma talvolta può determinare dispnea, tachicardia e dolore precordiale. Alcuni pazienti possono invece sviluppare tenosinovite, mialgia, miosite, miocardite, endocardite o sintomi neurologici. In particolar modo sono stati descritti casi di meningite asettica, edema cerebrale e ipertensione endocranica benigna [4] (Fig. 1).

Gli esami di laboratorio sono orientativi per un quadro di flogosi sistemica, ma non specifici nel determinare la diagnosi. All'emocromo si evidenzia leucocitosi neutrofila, piastrinosi e anemia lieve-moderata. Gli indici di flogosi (VES, PCR), così come la ferritina e il fibrinogeno, risultano marcatamente aumentati in fase acuta

Figura 1.

Esempio di curva termica in paziente con AIG a esordio sistemico (pattern "spiking fever").



di malattia. La diagnosi di AIG sistemica viene posta dopo l'esclusione di altre condizioni caratterizzate da sintomi sistemici e coinvolgimento articolare, quali patologie infettive (artrite settica, osteomielite, endocardite batterica, malattia da graffio di gatto, brucellosi, Morbo di Lyme, infezione da Mycoplasma), patologie reattive (artrite reattiva, febbre reumatica), tumori (leucemia acuta linfoblastica, tumori ossei), malattie infiammatorie croniche intestinali, sindromi auto-infiammatorie, sarcoidosi, malattia di Kawasaki, malattie del connettivo e vasculiti (lupus eritematoso sistemico, porpora di Schönlein-Henoch, dermatomiosite) [4]. Le più comuni patologie da porre in diagnosi differenziale con AIG sistemica sono riportate in Tabella I.

Il decorso clinico può essere monofasico, policiclico o persistente. In circa il 40% dei pazienti la patologia ha un andamento monofasico con remissione completa o con minime sequele articolari a 24-48 mesi dall'esordio. L'andamento policiclico è caratterizzato da un'alternanza di fasi di remissione e fasi di riacutizzazione dei sintomi sistemici, con moderato coinvolgimento articolare, che tende comunque alla remissione entro circa 5 anni dall'esordio. Oltre la metà dei pazienti mostrano invece persistenza di sintomi articolari anche per diversi anni dall'insorgenza dei sintomi, con coinvolgimento articolare aggressivo, evolutivo e additivo. Alcuni di questi pazienti rispondono poco alle terapie di fondo e continuano a presentare artrite anche in età adulta.

La prognosi è condizionata dalle caratteristiche della malattia all'esordio, dal decorso clinico, e dall'appropriatezza del trattamento. Tra i fattori predittivi di evoluzione sfavorevole vengono annoverati: persistenza di sintomi sistemici oltre i 6 mesi dall'esordio, artrite poliarticolare con coinvolgimento dell'anca, trombocitosi, cortico-dipendenza ed esordio precoce di malattia (< 18 mesi).

L'artrite sistemica presenta il maggior tasso di mortalità e morbilità rispetto agli altri sottotipi di AIG, essendo responsabile di circa due terzi dei decessi per artrite giovanile. La mortalità precoce è in genere conseguente all'insorgenza di una grave complicanza definita MAS (*Sindrome da Attivazione Macrofagica*) [5 6]. Essa si osserva in circa il 10% dei pazienti affetti e si presenta con febbre non più intermittente ma persistente, associata a linfoadenopatia generalizzata, epatosplenomegalia con disfunzione epatica fino all'ittero e all'insufficienza epatica, porpora, ecchimosi e sanguinamenti mucosali. Si possono riscontrare inoltre encefalopatia con stato confusionale e convulsioni, insufficienza renale, distress respiratorio, ipotensione e shock. Gli esami di laboratorio evidenziano citopenia, in particolar modo piastrinopenia, associata a ipoalbuminemia, ipofibrinogenemia e crollo della VES. Si riscontrano invece elevati valori di tran-

TABELLA I.

Principali patologie che entrano in diagnosi differenziale con AIG a esordio sistemico.

Malattie infettive e post-infettive	– Endocarditi batteriche – Artrite settica/osteomielite – Reumatismo articolare acuto – Malattia da graffio di gatto (*Bartonella henselae*) – Morbo di Lyme (*Borrelia burgdorferi*) – Brucellosi – Mononucleosi infettiva – Infezione da *Mycoplasma pneumoniae*
Tumori	– Leucemie (LLA) – Linfomi – Tumori ossei
Malattie infiammatorie/ autoimmuni	– Lupus eritematoso sistemico – Dermatomiosite – Poliarterite nodosa – Malattia di Kawasaki – Malattia da siero – Sarcoidosi – Malattia di Castleman – Malattie infiammatorie croniche intestinali
Sindromi auto-infiammatorie	– Febbre mediterranea familiare – Mevalonico aciduria/sindrome da iper-IgD – PFAPA (*Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenitis*) – TRAPS (*TNF Receptor-Associated Periodic Syndrome*) – Sindrome di Muckle-Wells – FCAS (*Familial Cold Autoinflammatory Syndrome*) – CINCA (*Chronic Infantile Neurological Cutaneous and Articular syndrome*)

saminasi, LDH, trigliceridi, ferritina e PCR. Il profilo coagulativo mostra allungamento di PT e PTT, mentre l'esame urine può evidenziare ematuria e proteinuria. Il reperto istologico di emofagocitosi macrofagica su biopsia midollare, epatica, splenica o linfonodale è diagnostico; tale indagine non viene tuttavia eseguita di routine. La diagnosi differenziale tra MAS in corso di AIGs, riacutizzazione di AIGs e sepsi può essere complessa. Il gruppo di lavoro PRINTO ha recentemente elaborato dei criteri laboratoristici altamente predittivi per MAS in soggetti con presunta diagnosi di AIGs [6] (Tab. II). La MAS necessita di terapia tempestiva in quanto gravata da elevata mortalità (8-22%). Il trattamento di prima scelta è rappresentato da steroidi sistemici, seguito da ciclosporina A nelle forme steroido-resistenti. Farmaci biologici diretti contro IL-1 (Anakinra) sembrano essere efficaci nei pazienti che non rispondono al trattamento di prima linea.

Il controllo non ottimale dell'AIG sistemica può condizionare l'insorgenza di sequele a lungo termine, quali deficit funzionali delle articolazioni colpite, osteoporosi, scarsa crescita, complicanze polmonari, complicanze cardiovascolari e amiloidosi [7].

La flogosi cronica articolare può interferire con l'accrescimento dell'osso a livello delle cartilagini di coniugazione con deficit di crescita o, talvolta, eccessiva proliferazione delle cartilagini stesse e conseguente dismetria degli arti, deviazioni articolari, micrognazia e asimmetria delle estremità. L'infiammazione persistente intra-articolare determina inoltre progressiva erosione ossea, anchilosi e deficit funzionale con necessità di sostituzione protesica. Uno stato di flogosi cronica induce inoltre il rilascio di mediatori dello stress che portano a bassa statura, ridotta mineralizzazione ossea e conseguente osteoporosi. Tali complicanze sono inoltre favorite dal prolungato utilizzo di steroidi.

Le complicanze polmonari rappresentano eventi rari conseguenti a un mancato trattamento della malattia e comprendono principalmente ipertensione arteriosa-polmonare [8], interstiziopatia e proteinosi alveolare. Si tratta di condizioni poco frequenti con prognosi spesso infausta.

L'amiloidosi comprende un gruppo di condizioni patologiche secondarie al deposito tissutale di proteine autologhe che si aggregano in fibrille e si depositano nei tessuti, interferendo nel tempo con la funzione di un organo o apparato. Nelle malattie infiammatorie croniche non controllate può insorgere una forma di amiloidosi "reattiva" dovuta alla persistente elevata concentrazione di una proteina della fase acuta, la SAA (*Siero Amiloide A*), il cui frammento aminoterminale si deposita in vari organi sotto forma di fibrille amiloidi, con progressiva insorgenza di insufficienza renale o cardiaca. L'amiloidosi rappresenta una complicanza rara dell'AIG sistemica, interessando circa l'1% dei soggetti affetti, ma costituisce un'importante causa di morte in questi pazienti.

La malattia non adeguatamente controllata comporta inoltre elevati costi sanitari diretti per la necessità di ospedalizzazioni ripetute, approccio multidisciplinare comprensivo tra l'altro di valutazione reumatologica, fisioterapica, cardiologica e di indagini laboratoristiche e strumentali di follow-up. Vanno inoltre considerati i costi indiretti legati all'impegno della famiglia e alle ripercussioni sulla vita sociale e lavorativa del soggetto in età adulta. Complessivamente i costi sanitari sono strettamente correlati con l'attività di malattia e sono circa nove volte maggiori per i pazienti con malattia attiva rispetto a quelli in remissione.

L'approccio terapeutico deve essere diversificato in base alle caratteristiche della patologia nel singolo paziente, al fine di ottenere la remissione di malattia, limitare l'utilizzo di steroidi e conservare la funzione articolare. La remissione viene definita sulla base dell'assenza di segni clinici di flogosi articolare, assenza di segni di coinvolgimento sistemico e normalizzazione di VES e PCR.

TABELLA II.

Criteri diagnostici di MAS in corso di AIG a esordio sistemico

Diagnosi o sospetto diagnostico di AIG sistemica
Febbre
Ferritina sierica > 684 ng/ml
e almeno due tra:
Conta piastrinica ≤ 181 × 10^9/L
Aspartato aminotrasferasi > 48 U/L
Trigliceridi > 156 mg/dl
Fibrinogeno ≤ 360 mg/dl

Il primo approccio si basa sull'utilizzo di FANS (*Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei*) utili per l'iniziale controllo della febbre e della flogosi articolare. La somministrazione di FANS è indicata solo in pazienti con attività di malattia limitata in assenza di danno articolare e non dovrebbe comunque eccedere i due mesi di terapia continuativa. In caso di mancata risposta ai FANS, e dopo opportuna esclusione di forme linfoproliferative, il trattamento prevede l'uso di corticosteroidi sistemici grazie al loro potente e rapido effetto anti-infiammatorio. L'utilizzo di steroidi deve essere tuttavia limitato al trattamento all'esordio e nelle fasi di riacutizzazione, mentre l'impiego cronico è sconsigliato per i noti effetti collaterali della terapia a lungo termine, tra cui alterato metabolismo glucidico e lipidico, ipertensione, *facies cushingoide*, scarsa crescita, ridotta mineralizzazione ossea, cataratta, necrosi asettica dell'osso, alterazione dell'umore, psicosi, immunodepressione, acne. L'impiego di steroidi inoltre non sembra prevenire i danni articolari a lungo termine.

I pazienti che necessitano di una terapia di fondo vengono trattati con i cosiddetti "DMARDs" (*Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs*), farmaci che hanno l'obiettivo di modificare positivamente l'evoluzione della patologia al fine di indurre e mantenere la remissione, prevenire l'estensione del coinvolgimento articolare e la cronicizzazione dell'artrite. Il principale DMARD a essere utilizzato è il MTX (*Methotrexate*), somministrato per os o per via sottocutanea una volta alla settimana. La terapia con MTX può comportare effetti collaterali quali nausea e vomito alcune ore dopo la somministrazione, ulcere al cavo orale, cefalea, ipertransaminasemia e deficit di acido folico. Per tale motivo è utile associare una supplementazione con acido folinico ed effettuare controlli periodici delle transaminasi. Tuttavia, l'efficacia del MTX nel trattamento dei pazienti con esordio sistemico di AIG appare comunque limitata, risultando efficace nel momento in cui non sono più presenti manifestazioni sistemiche e sono presenti solo quelle articolari.

Infatti, i pazienti affetti da esordio sistemico di AIG sono per lo più candidati alla cura con farmaci modificatori dell'attività biologica, molecole prodotte in laboratorio analoghe a immunoglobuline o recettori endogeni, diretti selettivamente verso specifiche citochine, in grado di bloccare la cascata infiammatoria [9 10].

La crescente disponibilità di farmaci biologici per il trattamento dell'AIGs ha nettamente incrementato la possibilità di ottenere la remissione di malattia, con remissione clinica documentata in circa due terzi dei casi. Farmaci anti IL1 e IL6 hanno mostrato maggiore efficacia rispetto alle terapie anti TNF quando utilizzati come farmaco di prima scelta. La necessità di passare a un secondo, terzo o quarto biologico non è tuttavia infrequente; a tal proposito Canakinumab e Tocilizumab sembrano essere le opzioni migliori [11].

Il primo biologico approvato per il trattamento dell'AIG sistemica è stato il Tocilizumab, un anticorpo monoclonale umanizzato diretto contro IL-6 da somministrare per via endovenosa ogni 2-4 settimane. Lo studio randomizzato controllato di De Benedetti et al. ha riportato l'efficacia di Tocilizumab nel trattamento di pazienti con malattia attiva persistente. In particolare si è osservata una buona risposta clinica in oltre due terzi dei pazienti trattati, con riduzione dell'utilizzo di steroidi e persistenza di efficacia anche a lungo termine [12]. I principali effetti collaterali associati all'uso di tale farmaco comprendono una maggiore incidenza di infezioni e transitorie anomalie di laboratorio come neutropenia, piastrinopenia, ipertransaminasemia e dislipidemia. L'infusione endovenosa necessita inoltre di somministrazione in ambiente ospedaliero, con possibile ripercussione sulla compliance del paziente e della famiglia.

Un antagonista recettoriale di IL-1 (Anakinra) viene attualmente utilizzato come terapia off-label in pazienti non responsivi alle altre terapie. Il razionale dell'utilizzo di tale farmaco risiede nell'importante ruolo patogenetico di IL-1 nei processi infiammatori sistemici. Anakinra ha mostrato buoni risultati in termini di efficacia e sicurezza in pazienti con AIGs refrattaria o cortico-dipendente [9 13], in particolar modo nei soggetti con coinvolgimento articolare meno esteso e neutrofilia periferica più spiccata [14]. La compliance del paziente è tuttavia limitata dal dolore nel sito di iniezione e dalla frequenza quotidiana delle somministrazioni. L'efficacia a lungo termine della terapia con Anakinra risulta inoltre limitata.

Canakinumab è un anticorpo monoclonale umanizzato diretto contro IL-1b il quale, attraverso un legame ad alta affinità con IL-1b, previene l'interazione con il rispettivo recettore e l'innesco della conseguente cascata infiammatoria. Confrontato con placebo, Canakinumab ha mostrato buoni risultati sia nella fase di induzione della remissione di malattia che nel successivo mantenimento [15]. In considerazione dei dati comprovanti la sua efficacia, tale farmaco è stato recentemente approvato per il trattamento dell'AIG sistemica attiva in pazienti oltre i 2 anni d'età che hanno risposto inadeguatamente a precedenti trattamenti con FANS e corticosteroidi sistemici. La via di somministrazione è sottocutanea con frequenza di un'iniezione ogni 4 settimane. I principali effetti collaterali comprendono: incrementato rischio infettivo, neutropenia e transitorio rialzo delle transaminasi.

Una recente meta-analisi volta a valutare efficacia e sicurezza dell'impiego di biologici in pazienti affetti da AIGs, ha evidenziato la sostanziale sovrapponibilità in termini di efficacia e sicurezza di Anakinra, Tocilizumab e Canakinumab [10]. Pur considerando la mancanza di trial che mettano direttamente a confronto tali molecole, i dati disponibili in letteratura sembrano suggerire che Canakinumab e Anakinra siano più utili in pazienti con sintomi sistemici prevalenti e scarso coinvolgimento articolare, mentre Tocilizumab sia più indicato in bambini con maggiore interessamento articolare.

Bibliografia

1. Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. *International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001*. J Rheumatol 2004;31:390-2.
2. Avau A, Put K, Wouters CH, et al. *Cytokine balance and cytokine-driven natural killer cell dysfunction in systemic juvenile idiopatic arthritis*. Cytokine Growth Factor Rev 2015;26:35-45.
3. Bruck N, Schnabel A, Hedrich CM. *Current understanding of the pathophysiology of systemic juvenile idiopathic arthritis (sJIA) and target-directed therapeutic approaches*. Clin Immunol 2015;159:72-83.
4. De Benedetti F, Rayfel Schneider R. *Systemic juvenile idiopathic arthritis*. In: Cassidy JT, Petty RE, Laxer R, et al., eds. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier 2011, pp. 305-14.
5. Minoia F, Davì S, Horne A, et al. *Clinical features, treatment, and outcome of macrophage activation syndrome complicating systemic juvenile idiopathic arthritis: a multinational, multicenter study of 362 patients*. Arthritis Rheumatol 2014;66:3160-9.
6. Boom V, Anton J, Lahdenne P, et al. *Evidence-based diagnosis and treatment of macrophage activation syndrome in systemic juvenile idiopathic arthritis*. Pediatr Rheumatol Online J 2015;13:55.
7. Woerner A, von Scheven-Gete A, Cimaz R, et al. *Complications of systemic juvenile idiopathic arthritis: risk factors and management recommendations*. Expert Rev Clin Immunol 2015;11:575-88.
8. Kadavath S, Zapantis E, Zolty R, Efthimiou P. *A novel therapeutic approach in pulmonary arterial hypertension as a complication of adult-onset Still's disease: targeting IL-6*. Int J Rheum Dis 2014;17:336-40.
9. Pascual V, Allantaz F, Arce E, et al. *Role of interleukin-1 (IL-1) in the pathogenesis of systemic onset juvenile idiopathic arthritis and clinical response to IL-1 blockade*. J Exp Med 2005;201:1479-86.
10. Tarp S, Amarilyo G, Foeldvari I, et al. *Efficacy and safety of biological agents for systemic juvenile idiopathic arthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized trials*. Rheumatology 2015;276-86.
11. Woerner A, Uettwiller F, Melki I, et al. *Biological treatment in systemic juvenile idiopathic arthritis: achievement of inactive disease or clinical remission on a first, second or third biological agent*. RMD Open 2015;1:e000036.
12. De Benedetti F, Brunner HI, Ruperto N, et al. *Randomized trial of tocilizumab in systemic juvenile idiopathic arthritis*. N Engl J Med 2012;367:2385-95.
13. Quartier P, Allantaz F, Cimaz R, et al. *A multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial with the interleukin-1 receptor antagonist anakinra in patients with systemic-onset juvenile idiopathic arthritis (ANAJIS trial)*. Ann Rheum Dis 2011;70:747-54.
14. Gattorno G, Piccini A, Lasigliè D, et al. *The pattern of response to anti–interleukin-1 treatment distinguishes two subsets of patients with systemic-onset juvenile idiopathic arthritis*. Arthritis Rheum 2008;58;1505-15.
15. Ruperto N, Brunner HI, Quartier P, et al. *Two randomized trials of canakinumab in systemic juvenile idiopathic arthritis*. N Engl J Med 2012;367:2396-406.

Emilio Iannotta[1],
Rossella Iannotta[2]

[1] Pediatria di Famiglia, ASL Caserta;
[2] Specializzanda Pediatria,
Università Cattolica Sacro Cuore di Roma

Può l'infanzia negata sfociare nel maltrattamento minorile?

Dal mio osservatorio privilegiato di Pediatra di Famiglia con esperienza professionale ormai trentennale, voglio invitare alla riflessione su di tema che diventa sempre più attuale e impegnativo: l'infanzia negata. Assistiamo inermi e impotenti a tutta una serie di stimoli, messaggi subliminali, campagne pubblicitarie poste in essere dalle multinazionali del commercio e dai moderni mezzi di comunicazione – in particolare Internet e social – che in definitiva stanno accorciando sempre più l'età dell'infanzia, della spensieratezza, della tranquilla e progressiva maturazione in seno al calore e alla sicurezza della famiglia. E, purtroppo, le cronache giornalistiche riferiscono con allarmante frequenza di fenomeni quali la baby prostituzione o il bullismo minorile. Inoltre tutte le analisi dei mutamenti comportamentali dei giovani evidenziano un abbassamento progressivo dell'età dei primi rapporti sessuali, la tendenza alla promiscuità degli stessi e l'altissima percentuale di minori che fumano, fanno uso di alcol o di droghe leggere, spesso in gruppo e con scarsissimo grado di consapevolezza. Ancora, se diamo un'occhiata ai profili, alle foto e a quanto postato dai ragazzini, spesso ancora prepuberi, sui social percepiamo senza dubbio questa corsa a bruciare le tappe e anche la tendenza da parte di minori a rapportarsi con superficialità con adulti, talvolta sconosciuti e dalle incerte e non sempre benevoli intenzioni.

Perciò il confine tra l'infanzia negata e il maltrattamento minorile può essere davvero molto, molto labile.

Per maltrattamento sui bambini e gli adolescenti s'intendono, in accordo con il *The world health report* 2002, tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un danno reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere. Il maltrattamento minorile è un fenomeno frequente, sottostimato e che oggi rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nei paesi ad alto tenore di vita per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime e sulla società di cui fanno parte. Dati recenti relativi all'abuso sui minori nella Regione Europea della OMS indicano che almeno 850 bambini sotto i 15 anni muoiono ogni anno a causa di maltrattamenti. Pertanto prevenire e contrastare tale fenomeno deve essere una priorità nella programmazione degli interventi socio-educativi e assistenziali e richiede un'azione congiunta e condivisa di istituzioni sociali, sanitarie ed educative, allo scopo di accrescere la sensibilizzazione e la consapevolezza su questo tema.

È certamente essenziale un rinforzo della formazione di pediatri, insegnanti, terzo settore affinché migliori la capacità di riconoscere, ridurre/rimuovere le condizioni di disagio sociale, sanitario, educativo che rappresentano fattori di rischio specifici e che vengano messi in atto interventi precoci e condivisi di protezione e di recupero del bambino e della famiglia. Intervenire sul nucleo familiare con tempestività, è certamente indispensabile in quanto il fenomeno del maltrattamento di bambini e adolescenti è certamente acuito dalla crisi dell'istituzione "famiglia", che solo in parte può essere giustificata dalle difficoltà economiche che interessano oggi larghi strati della nostra società. In verità spesso assistiamo a comportamenti genitoriali immaturi, a scarsa consapevolezza e responsabilità, a culto esagerato della propria immagine e del proprio ego, a poca capacità di ascolto e confronto.

In definitiva dobbiamo prendere atto che il fenomeno del maltrattamento minorile è tristemente presente e in aumento anche nelle nostre comunità e richiede, per essere affrontato e possibilmente prevenuto, una forte sensibilità sul tema da parte delle istituzioni interessate e la capacità delle stesse di fare rete tra loro e con i professionisti del settore. Creare un osservatorio permanente dedicato al tema potrebbe essere una prima, efficace (anche se non certamente esaustiva) iniziativa che le amministrazioni locali potrebbero intraprendere per tentare di limitarne diffusione e peso sociale.

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

Abstract del

IX Congresso Nazionale FIMP 2015

Svezzamento con Dieta Mediterranea a Napoli

R. de Franchis[1 2], F. Albano[1], L. Bozza[1], P. Canale[1], M. Chiacchio[1], C. Ciarla[1], P. Cortese[1], A. D'Avino[1 3], M. De Giovanni[1], M. Dello Iacovo[1], A. D'Onofrio[1], A. Federico[1], N. Gasparini[1], G. Romano[1], M. Tedesco[1], P. Toscano[1], G. Vitiello[1], D. Bruzzese[4]

[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 cronico-degenerative 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 "epidemica", 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 pedia-

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. 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.

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

F. Ruta[1], R. Marchi[3], P. Bolzonello[2], M. Murador[2], L. Favaro[2], G. Scornavacca[1], D. Lizzi[1], G.M. Pizzul[1], F. Ceschin[1], E. Orzan[3]

[1] Pediatra di Famiglia, Friuli Venezia Giulia; [2] Centro di Audiologica e Fonetica, Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli, Pordenone; [3] SC 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 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. Semprini[1], G. Conforti[1], A. Ruocco[1], M. Fiore[1]
con la collaborazione di: A. Ferrando[1], G. Picollo[1], R. Cambiaso[1], C. Muja[2], G. Lepre[2], G. Squazzini[3], G. Ragazzini[3]
[1] FIMP sezione genovese; [2] FIMP sezione Imperia, [3] FIMP 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 antibioticoterapia, 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 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.

OsserVazione Enuresi nottuRna (OVER)

L. Cresta[1], S. Gambotto[2], M.F. Messina[3], M. Fama[4], M. Picca[5], G. Bona[6]

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

Introduzione

Si definisce enuresi la perdita di urina durante il sonno 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 evidenzi comunque una problematica minzionale anche diurna.

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

G. Ragnatela[1], A. Pasinato[2], P. Becherucci[3], S. Gambotto[4], M. Lo Giudice[5], R. Buzzetti[6], M. Picca[7]

[1] Pediatra di Famiglia ASL BAT Barletta; [2] Pediatra di Famiglia ASL Vicenza; [3] Pediatra di Famiglia ASL 10 Firenze; [4] Pediatra di Famiglia ASL Torino; [5] Pediatra di Famiglia ASP 6 Palermo; [6] Epidemiologo Bergamo; [7] Pediatra 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 relazione [1]. Una significativa percentuale di disturbi della continenza urinaria in età adulta-senile si verifica in soggetti che sono stati enuretici [2]. Un approccio razionale alla valutazione e al trattamento dei pazienti con enuresi è suggerito da recenti pubblicazioni [3-5]. 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 consigliato 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.

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 (pannoloni, frequenti lavaggi per biancheria e indumenti ecc.)	1,7%

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 pediatra [6]. 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 utile nel migliorare l'appropriatezza dell'assistenza da parte del Pediatra di Famiglia.

Bibliografia

1. Joinson C, Heron J, Emond A, et al. *Psycological 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 standartization 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. Vallefuoco, 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 bambini 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

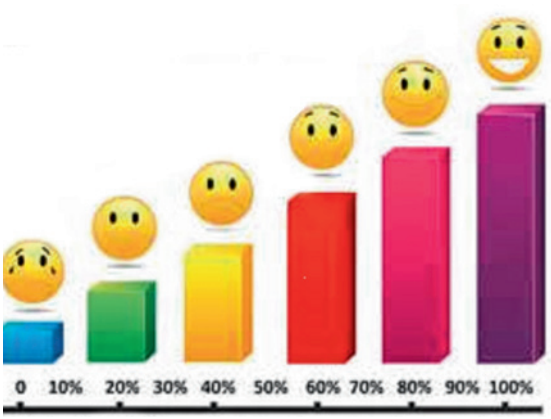
Nel 2015 alcuni Pediatri della ASL NA2Nord, insieme al gruppo degli Istruttori Nazionali di PBLS della FIMP Napoli hanno deciso di istruire, nei propri ambulatori, le mamme dei bambini in carico mediante incontri a gruppo durante i quali erano fornite le indicazioni alle principali manovre di disostruzione 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. Cioffi[1], R. Limauro[1], E. Farris[1], G. Vallefuoco[1], R. Sassi[1], A. D'Onofrio[1], F. Carlomagno[1], R. De Franchis[1], V. Bianco[1], P. Metafora[1], P. Donadio[2], G. Argo[1], A. Esposito[1], P. Sabetti[1], V. Di Crosta[2], A.E. Marigliano[1], P. Gallo[1]

[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 mutuate 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 SATISFACION;
- 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 opportunità 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 pediatrici, 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 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.

Il bambino SGA: è meglio grande o piccino

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 (dislessia, 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 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

a. 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.
b. 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.
c. 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 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.

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

F. Pomiato

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. Conoscerne 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 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 (prematurità, 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.

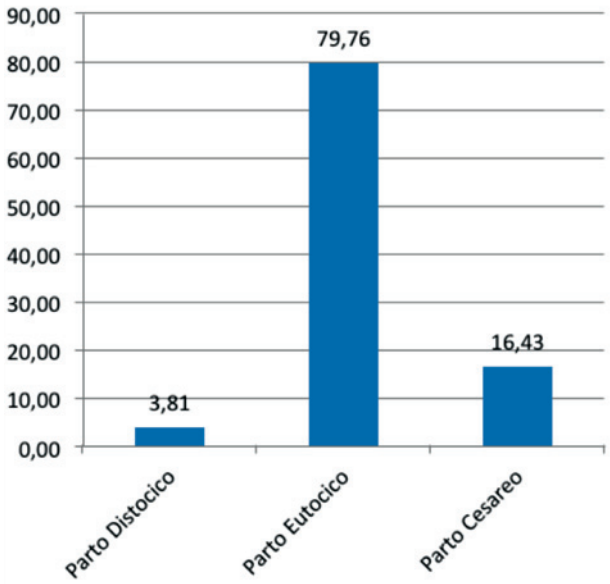
Ai successivi bilanci di salute del 1° anno di vita (3°, 6°, 9° e 12° mese) registriamo i cambiamenti dei punti 5 e 6; quando cioè l'allattamento passa da materno a misto e/o formulato e quando la madre riprende a lavorare.

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.

- 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 (%).

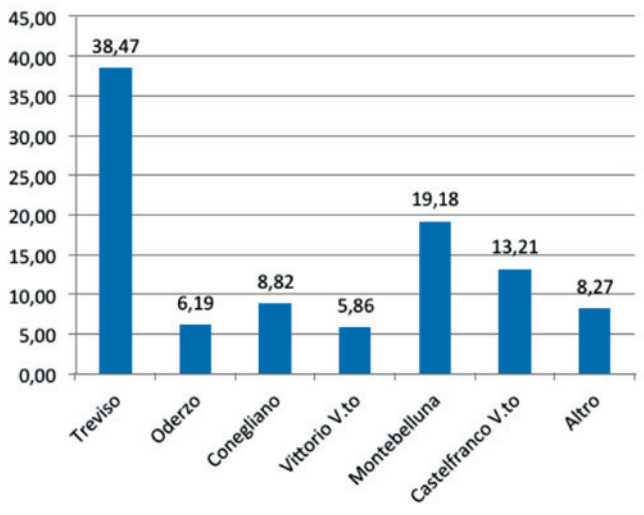


Figura 3.
Punti nascita (%).

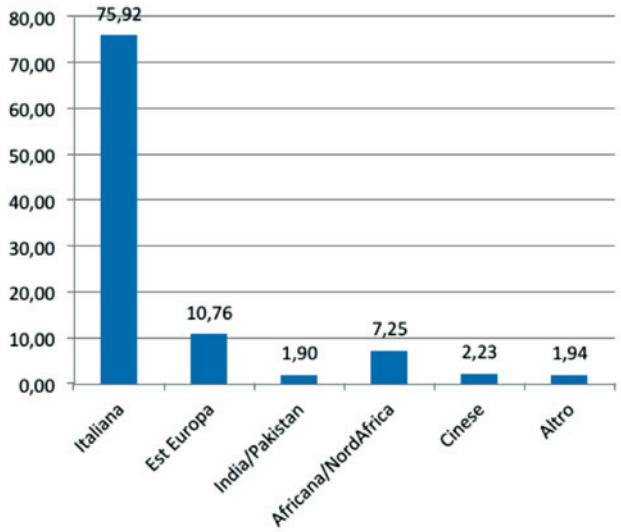


Figura 4.
Lavoro madre (al nido) (%).

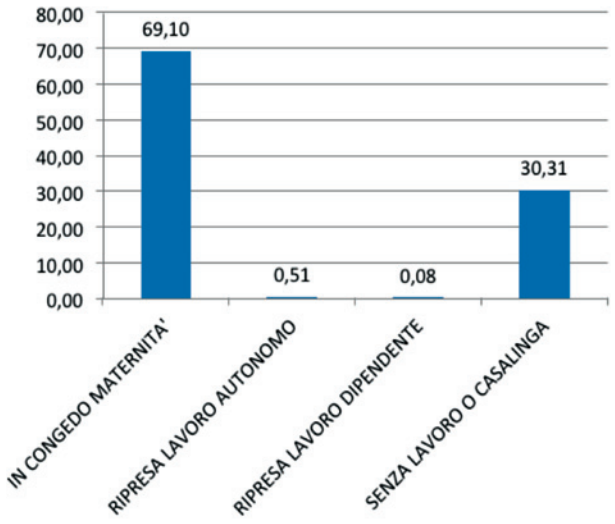
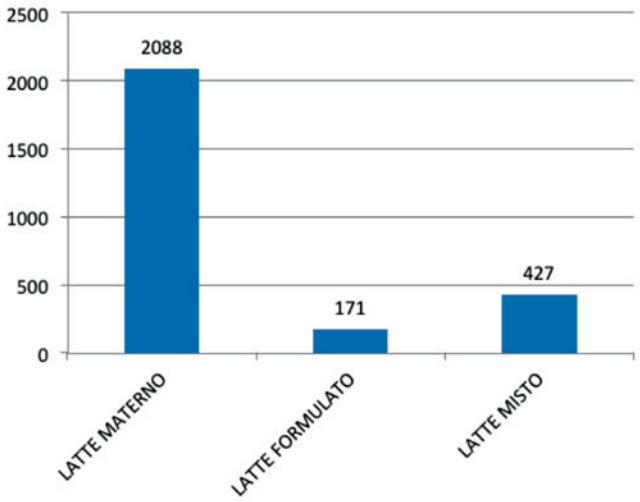


Figura 5.
Allattamento ai Punti nascita (%).



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 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 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.

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 indipendentemente 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 "immaturo". 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.

Dario Pavesio

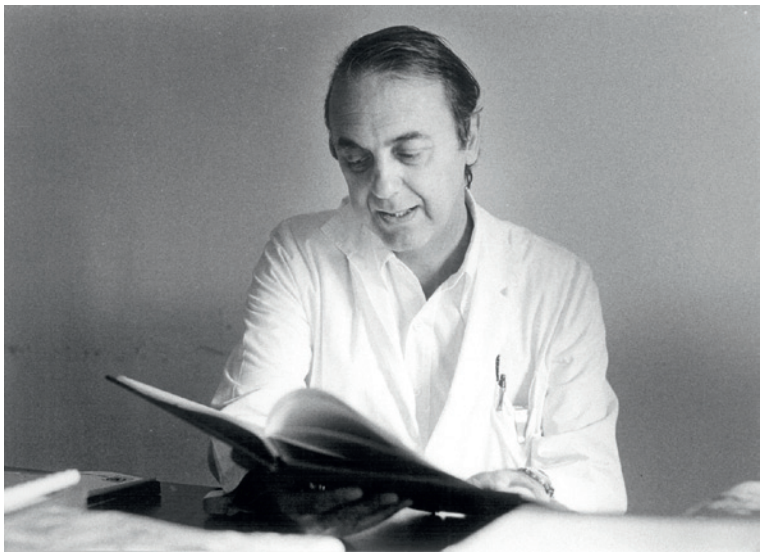
Fondatore della FIMP e della Pediatria di Famiglia

Emanuele Varaldo
Pediatra di Famiglia, Savona

Mercoledì 24 febbraio è mancato a Torino il professor Dario Pavesio, un grande lutto per la Pediatria italiana, di cui ne è stato uno dei grandi protagonisti. Alla moglie Luisa Mosso, anche Lei per lunghi anni Pediatra di Famiglia, alle figlie Silvia e Laura, all'amata Nipote Luisa, alla cognata Laura Mosso, ai parenti tutti le più sentite condoglianze da parte dei Pediatri italiani che gli sono debitori.

Per ricordare Dario Pavesio di seguito riporto alcune note biografiche tratte dal libro della professoressa Laura Mosso in occasione degli ottanta anni: *Dario Pavesio. Un protagonista della Pediatria italiana*, Araba Fenice, aprile 2014.
Riporto anche un ricordo sulla nascita della FIMP, sempre tratto dal libro sopra citato, che ha visto in Dario Pavesio uno dei fondatori più significativi, dove per primo ha ricoperto la carica di Tesoriere e ha contribuito alla nascita e alla crescita della Pediatria di Famiglia.

Dario Pavesio nasce a Torino, il 25 gennaio 1934.
Nel luglio 1958 si laurea in Medicina e Chirurgia, discutendo una tesi di pediatria sulle transaminasi nel neonato immaturo.
… S'iscrive alla specialità di Pediatria dell'Università di Torino.
Il 19 luglio 1960 termina la scuola di specializzazione e decide di continuare a lavorare in ospedale, presso la Clinica Pediatrica Regina Margherita.
Nel marzo 1960 inizia il servizio in Clinica Pediatrica, come volontario.



… L'ospedale è l'ambiente congeniale per Pavesio e ben presto si convince che l'ospedale è la sua vera casa, dove può sperimentare, dialogare e confrontarsi con gli altri medici specialisti, studiare, diagnosticare tantissimi tipi di malattie e curare moltissimi bimbi provenienti dalle varie regioni italiane e dall'estero.
… È naturalmente portato all'insegnamento (dote che sarà sempre una costante della sua attività professionale), e inizia la carriera universitaria nel novembre 1964 con la nomina ad assistente universitario presso la Cattedra di Pediatria dell'Università di Torino, impegno che abbandonerà nel 1968, quando sarà nominato aiuto ospedaliero e sceglierà definitivamente questa carriera, perché l'ospedale è il suo mondo.
… Nel 1966 ottiene la libera docenza in Pediatria, a seguito di concorso nazionale.

… Durante il suo lungo servizio di primariato al Regina Margherita di Torino sarà un punto di riferimento per tutto il Piemonte, e non solo.
… Dal 1972, anno di nomina a Primario ospedaliero, e fino alla pensione (26 gennaio 2001) sarà sempre in servizio al Regina Margherita di Torino a tempo pieno, ricoprendo dal 1998 l'incarico di Direttore del Dipartimento di Pediatria ospedaliera, mente pensante, sempre disponibile a essere una guida sicura e a dare consulenza e supporto ai pediatri che si rivolgono a lui. Riuscirà a creare una vera e propria rete di comunicazione tra i pediatri: ha una preparazione enciclopedica e spesso riesce a dare al collega non solo il consiglio pratico necessario, ma anche il riferimento chiaro.
… Notevole è l'attività scientifica, documentata da oltre 200 pubblicazioni su argomenti di pediatria e di puericultura.
Oltre che al forte impegno in ospedale ha contribuito anche alla nascita della Pediatria di Famiglia, partecipando alla fondazione della FIMP (nota 1) e, pur non essendo convenzionato, diventando una importante figura di riferimento e di sostegno al nostro progetto nascente, perché credeva fermamente che una buona Pediatria di Famiglia avrebbe contribuito a migliorare la qualità della assistenza pediatrica in generale.

NOTA 1

Il 21 febbraio 1971 a Torino, in una sala dell'Albergo Principi di Piemonte, alla presenza del Notaio Domenico Picca si costituisce la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) a livello nazionale.
I fondatori sono:
Gian Cesare Lamberto (Torino) Presidente Nazionale
Giorgio Fox (Torino) Segretario Generale
Dario Pavesio (Torino) Tesoriere
e poi Ernesto Bani (Pisa), Giorgio Cappitelli (Torino), Ergemone Clerici (Milano), Giorgio Di Giorgi (Torino), Carlo Fantaffi (Roma), Gianfranco Gianadda (Torino), Giuseppe Bombardini (Livorno), Angelo Pane (Catania), Carlo Ravazzoni (Genova), Ottavio Sernia (Torino), Carlo Aluffi (Sanremo), Luigi Amitrano (Napoli), Carlo Bacchini (Lugo), Giandomenico Costa (Reggio Emilia), Gino Frisoni (Rimini), Basilio Liuzzo (Palermo), Alfredo Lucca (Torino), Carlo Marchi (Modena), Adriano Spada (Cuneo), Giampaolo Taccini (Firenze).

NASCITA DELLA PEDIATRIA DI BASE IN ITALIA

Negli anni Sessanta non esisteva ancora il Servizio Sanitario Nazionale e non c'era il Pediatra di Famiglia. A Torino funzionava la Mutua pediatrica domiciliare e ambulatoriale del pediatra per i dipendenti Fiat (MALF). Lo stesso servizio specialistico di pediatria ambulatoriale e a domicilio esisteva anche in altre dieci città, tra cui Vigevano e Livorno.
Per la MALF (Mutua Aziendale Lavoratori Fiat) il pediatra curava i bimbi fino ai 9 anni ed era presente anche nelle colonie estive Fiat. Non era invece contemplata la figura del pediatra domiciliare nelle altre numerose mutue: INAM, Mutua Commercianti ecc., dove la cura dei bimbi era affidata al medico generico ed era possibile consultare lo specialista pediatra solo nell'ambulatorio degli Enti mutualistici.
Pavesio, assieme all'amico Lamberto, fu determinante nella riforma dell'assistenza sanitaria nazionale e nella creazione della figura del Pediatra di Famiglia. Fu un lungo ed estenuante impegno, durato dieci anni (dal 1972 al 1982), e portato avanti con tenacia e lungimiranza. Per il professor Pavesio si poteva e si doveva migliorare la situazione, assicurare il miglior sviluppo fisico e mentale possibile del bimbo e lavorare per una pediatria sociale e preventiva efficace: era necessario affidare la cura dell'infanzia esclusivamente al medico specializzato in pediatria. Il suo obiettivo era quello di valorizzare la figura del pediatra e migliorare in Italia la salute dei bimbi e degli adolescenti.
Fu laboriosa e pesante la trattativa con il Governo, ma si riuscì nell'intento di valorizzare la preparazione del medico pediatra e di assicurargli l'esclusiva cura dei bimbi …
Per sostenere la richiesta di affidare al medico specializzato in pediatria tutti i bambini da curare sia a livello ambulatoriale sia a domicilio, a Torino i pediatri per ben sei mesi furono in sciopero.
… Il professor Dario Pavesio, che è da annovera-

re tra i fondatori della FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) così racconta la prima contrattazione nazionale che vide Gian Cesare Lamberto (primo Presidente) e Dario Pavesio (primo Tesoriere) impegnati a Roma a trattare con il Governo:
"Siamo nel 1972 e il confronto con il Ministro della Sanità è particolarmente serrato. L'incontro inizia alle ore 18, continua ininterrottamente fino alle 4 del mattino del giorno successivo e si conclude con il seguente accordo:

- *il Pediatra di Famiglia seguirà il bimbo dalla nascita fino al termine dello sviluppo;*
- *solo chi ha la specializzazione in pediatria è pediatra e ha in carico la cura degli infanti;*
- *negli ospedali viene istituito il primariato di pediatria;*
- *l'età pediatrica viene fissata a 12 anni.*

…
In particolare – ricorda Pavesio – la discussione è lunga e tormentata per quanto riguarda il limite d'età dell'assistito dal pediatra. Alla fine di un serrato confronto, il Ministro propone di affidare alla cura del pediatra i bimbi fino ai 4 anni.
Pavesio ricorda che gli americani hanno fissato i 18 anni di età per definire l'età pediatrica e propone un'età intermedia, cioè dodici anni e dodici anni saranno, perché il Ministro accetta la proposta.
… Alle 4 del mattino i due amici si accomiatano dalla delegazione ministeriale e finalmente si ritirano in albergo, soddisfatti della trattativa e pienamente consapevoli di aver contribuito a scrivere una tappa importante per l'assistenza dei bambini italiani e per lo sviluppo della Pediatria.
Per farci capire meglio il contesto in cui il neo Sindacato Pediatri operava in quegli anni, ricco solo del grande progetto di alcuni pediatri di qualificare e creare il servizio pediatrico italiano e povero di mezzi economici, così precisa il professor Pavesio:
"In qualità di primo tesoriere della FIMP andai in Banca ad aprire il conto intestato alla Federazione, mettendo di tasca mia lire 1000 (LIRE MILLE) e da quel momento iniziò l'avventura!".

Vorrei concludere con una nota personale, ricordando che l'incontro con Dario è stato per me, oltre che fortunato, determinante per la mia vita professionale e non solo. Ha radici lontane, nel 1979, anno di inizio della Pediatria di base a livello nazionale.
Come ho già detto in altre occasioni, io personalmente l'ho considerato un mio Maestro, pur avendolo conosciuto quando avevo già completato a Genova, al Gaslini, il mio percorso di specializzazione in Pediatria.
Con Lui abbiamo realizzato momenti importanti di aggiornamento e formazione, e Lo ringrazio per aver condiviso con generosità e competenza il Suo grande sapere.
Mi mancherà, e sicuramente mancherà ai tanti che lo hanno conosciuto.

Guido Brusoni

Michele Fiore
FIMP Liguria

"Ci ha lasciato Guido Brusoni che, fino all'ultimo, non si è arreso al terribile male che lo aveva colpito. Per me se n'è andato innanzitutto un amico, con il quale ho condiviso più di un pezzo del mio cammino. Una persona gentile e mite, ma allo stesso tempo determinata e tenace. Un pediatra amato per i suoi modi e per la sua capacità di rendere comprensibile a tutti la materia che trattava con così tanto amore. Un medico attento, impegnato nella vita sociale e politica della sua comunità, mosso dal desiderio di migliorarne le condizioni, fosse la sua città (anche come assessore nella Giunta Rosaia), fosse il suo quartiere, per il quale ha lavorato fino all'ultimo. Mi mancherà, ci mancherà quel suo modo delicato e quel suo sguardo capace di guardare sempre e comunque al futuro. Di guardare sempre, con coraggio e spirito di innovazione, sempre e comunque agli altri e al futuro. …*omissis* …".

Volevo aprire questo ricordo di Guido Brusoni con le parole di Raffaella Paita, capogruppo Partito democratico in Regione Liguria, perché queste parole danno l'esatto quadro di chi fosse Guido. Laureato all'Università di Pisa, Brusoni era entrato nel sistema sanitario nel 1978. È stato dal 1993 al 1997 assessore all'ambiente e alla sanità della Giunta del sindaco Lucio Rosaia, di cui fu anche vice sindaco dal luglio al dicembre 1995. Un uomo impegnato a 360 gradi nella vita: Pediatra, Uomo pubblico, Sindacalista. Tutto con le iniziali maiuscole, come era il suo impegno.
Nella notte tra il 2 e il 3 febbraio 2016, dopo lunga sofferenza, è venuto a mancare. Da tempo temevo di dover scrivere queste poche righe, per ricordare indegnamente un amico, un collega, un uomo con delle qualità non comuni per intraprendenza, tenacia, caparbietà, intuizione e intelligenza. Il suo spirito indomabile alla fine ha dovuto cedere. Guido ha attraversato il panorama scientifico-sindacale pediatrico degli ultimi 35 anni portando idee, progetti, passione e impeto. Ha ricoperto incarichi a livello nazionale, regionale e provinciale. Tra le innumerevoli attività e progetti a cui ha lavorato nella sua intensa vita professionale, aveva contribuito alla costruzione del Gruppo di Studio di Pediatria delle Cure Primarie (GPCP) da cui sarebbe, poi, nata la prima società scientifica delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP). È stato per molti anni Direttore della nostra rivista FIMP, "Il Medico Pediatra". È stato autore di molte pubblicazioni e guide inerenti la Pediatria di Famiglia; uno dei motori principali del *Manuale di Qualità della Pediatria di Famiglia*; co-autore della *Guida per la famiglia da 0 a 6 anni*, a marchio FIMP. Guido è stato una persona speciale, come uomo e come medico. Molti di noi hanno potuto conoscere e apprezzare la sua vivace intelligenza, il suo coraggio, le sue capacità; aveva doti di analisi e di intuizione fuori del comune ed era stimolante disquisire con lui degli argomenti più vari, anche extraprofessionali. È sempre stato lungimirante, con grandi ideali professionali e umani. Gli amici e colleghi spezzini gli sono grati anche per i suoi grandi ideali lavorativi, per affrontare il nuovo modo di fare Pediatria e il tempo gli ha dato e gli darà ancora ragione. I colleghi Pediatri di Famiglia della Liguria lo ringraziano infinitamente per tutta l'attività svolta, sia a livello regionale che nazionale in favore della categoria.
È stato un onore e un piacere, per alcuni di noi, condividere con lui un tratto di storia professionale e umana. Sono sicuro che il suo spirito è già impegnato a organizzare qualcosa di buono per quando ci rivedremo.

Ciao Guido