

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Emergenza COVID



I Documenti della Pediatria di Famiglia

Raccomandazioni per la pratica vaccinale

Gestione del neonato nato da madre
COVID-19+

Sviluppo della telemedicina
per la Pediatria di Famiglia

01 2020



PACINI
EDITORE
MEDICINA

DIRETTORE ESECUTIVO

Paolo Biasci

DIRETTORE RESPONSABILE

Valdo Flori

COMITATO DIRETTIVO

Paolo Biasci
Luigi Nigri
Antonio D'Avino
Costantino Gobbi
Domenico Careddu
Mattia Doria
Paolo Felice
Luciano Basile
Martino Barretta

COMITATO DI REDAZIONE

Mario Marranzini
Michele Fiore
Valdo Flori
Adima Lamborghini

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.pacinimedica.it

DIVISIONE PACINI EDITORE MEDICINA

Andrea Tognelli
Medical Projects and Publishing Director
Tel. 050 3130255 • atognelli@pacinieditore.it

Fabio Poponcini, Sales Manager
Tel. 050 3130218 • fpoponcini@pacinieditore.it

Alessandra Crosato, Junior Sales Manager
Tel. 050 3130239 • acrosato@pacinieditore.it

Manuela Mori, Advertising
and New Media Manager
Tel. 050 3130217 • mmori@pacinieditore.it

REDAZIONE

Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacinieditore.it

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacinieditore.it

STAMPA

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



editoriale

1 La Pediatria di Famiglia c'è!

P. Biasci

3 Il Pediatra di Famiglia e la gestione delle manifestazioni cliniche da SARS-CoV-2 nel bambino

6 Infezione da nuovo Coronavirus COVID-19. Decalogo per le famiglie

7 Infezione da nuovo Coronavirus COVID-19. Precauzioni per l'accesso allo studio

8 I consigli di Mio, Mia e Meo. Il Coronavirus

10 COVID-19 in casa con i bambini? Ecco il nostro portale per le famiglie italiane

attività professionale

11 Raccomandazioni per la pratica vaccinale

G. Conforti, G. Vitali Rosati, M. Barretta, B. Ruffato

13 Il Pediatra di Famiglia e la gestione del neonato e del lattante (0-3 mesi) nato da madre COVID-19+

20 Documento programmatico per lo sviluppo della telemedicina nel contesto assistenziale della Pediatria di Famiglia

news

26 XIV Congresso Nazionale FIMP 2020

27 Formazione a distanza FIMP

approfondimenti e notizie

28 Efficacia del 5-idrossitriptofano (Griffonia simplicifolia) sull'insonnia cronica in età pediatrica: studio pilota multicentrico in aperto

M. Carotenuto, M. Angriman, O. Bruni

32 Effetti preventivi della vitamina D sull'influenza stagionale A nei bambini: uno studio clinico multicentrico, randomizzato, aperto, controllato

D. Peroni

in ricordo di...

35 Ricordo di Carmelo Cibella

M. Lo Giudice

www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it

ilmedicopediatra 2020;29(1):1-2;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-01

La Pediatria di Famiglia c'è!

Paolo Biasci

Presidente FIMP



È difficile scrivere in un momento come quello che stiamo vivendo, in cui tutte le nostre attività, e quelle della FIMP di conseguenza, sono cambiate e si sono evolute rapidamente sotto la cascata incessante degli eventi. Dal punto di vista professionale ci siamo trovati a modificare, non senza con difficoltà, il nostro agire quotidiano nei confronti dei nostri pazienti e delle famiglie, anche loro inizialmente confusi da una situazione che improvvisamente non è stata più la solita.

La Pediatria di Famiglia italiana ha saputo rispondere, come sempre negli anni, con la professionalità e l'impegno che la contraddistinguono, forse anche in un modo che va al di là di quanto ci potevamo aspettare in termini di passione e disponibilità. Se devo evidenziare un aspetto positivo in una situazione di così grave emergenza, questo è sicuramente la conferma del valore del rapporto fiduciario che ci lega alle famiglie, che probabilmente mai come in questa occasione si è palesato al mondo come un elemento di qualità esclusiva del nostro essere professionisti. È stato un elemento fondamentale, nessuno si aspettava che dopo una decina di giorni dall'appello ai genitori che abbiamo diffuso e interpretato i Pronto Soccorso e i reparti pediatrici si svuotassero di accessi. Nessuno più di noi sa quanto questa emergenza, almeno per l'ambito pediatrico, ce la siamo caricata sulle spalle e ci siamo presi le nostre responsabilità, mettendo a rischio la nostra incolumità a causa di scelte poco adeguate degli amministratori pubblici. Eppure, ancora qualche prof., scusate dott., parla dai palcoscenici televisivi di bambini, magari senza averne visti e sentiti se non pochissimi, e ovviamente ci ignora.

Ci siamo presi la responsabilità di metterci in gioco, di avere dei dubbi su quali fossero i comportamenti giusti, di discuterne insieme, di adeguarli man mano che la situazione si è evoluta, di produrre documenti tarati sul Pediatra di Famiglia. Lo abbiamo fatto sin da subito, anche con entusiasmo, perché noi siamo stati consapevoli sin dall'inizio che le Cure Primarie avrebbero dovuto recitare un ruolo determinante per impedire

How to cite this article: Biasci P. La Pediatria di Famiglia c'è! il Medico Pediatra 2020;29(1):1-2.
<https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-01>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

che succedesse quello che purtroppo abbiamo visto e stiamo vedendo. Non posso su questo passaggio non pensare ai nostri “cugini” medici di medicina generale che ancor più di noi sono stati travolti dalla situazione, vista la rilevanza dei casi gravi nell’età più avanzata.

A distanza di due mesi dalla dichiarazione di emergenza COVID-19 ancora non abbiamo avuto la disponibilità dei DPI che abbiamo richiesto a gran voce a tutti i livelli e in tutti i modi. È inconcepibile, è scandaloso in un Paese normale. Cito solo l’ultima notizia di queste ore: il blocco della Ragioneria dello Stato che ha dato parere negativo all’emendamento al Cura Italia che prevedeva l’inclusione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella lista del personale sanitario che deve essere rifornito di DPI. Ed è grave che al di là dei diretti interessati, FIMMG e FIMP, nessun altro si sia mosso a ora.

Non voglio fare qui l’elenco di cosa FIMP ha fatto in questi due mesi, sarebbe troppo lungo e spero che ognuno di voi lo abbia visto e apprezzato. Le nostre comunicazioni sono state frequenti, sia quelle sui temi politici sia quelle sui temi più strettamente professionali, supportati sempre da evidenze scientifiche. Abbiamo anche lavorato nei confronti delle famiglie con iniziative utili ai bambini e ai ragazzi più grandi. Sul nostro sito web, che stiamo ristrutturando con l’obiettivo di aumentare il contatto con famiglie e genitori, potete trovare tutto il materiale.

Mi arrivano segnalazioni di non ricezione delle comunicazioni che inviamo: cerchiamo di rispondere a tutti spiegando che da circa un anno abbiamo realizzato il database FIMP al quale ognuno si iscrive compilando la scheda che ci permette di acquisire il consenso al trattamento dei dati e al loro utilizzo. Solo così siamo in regola con la legge. Quindi **invito con forza i segretari provinciali a risolvere il problema**, controllando il database nazionale e facendolo aggiornare dai colleghi che ancora non hanno fornito il consenso.

Siamo alla vigilia della cosiddetta fase 2, che ci vedrà ancor di più in prima linea e nella quale le nostre capacità di gestione saranno messe a dura prova. L’impressione è che in generale finora ci sia stata scarsa attenzione ai soggetti in età pediatrica, spesso alle nostre segnalazioni di caso sospetto non è seguita l’effettuazione del tampone, lasciando il dubbio che il caso sospetto fosse realmente positivo al di là di una sintomatologia che nel frattempo spesso si è risolta spontaneamente. Con la conseguenza di sicuro contagio intra-familiare. Tra noi discutiamo se non sia il caso di iniziare a mettere in campo le nostre idee sostenendo che ogni bambino con infezione, a scuole chiuse da circa un mese e fuori dall’epidemia influenzale, non debba essere segnalato come caso sospetto per infezione COVID-19, pur scontrandosi con la cattiva organizzazione del sistema in cui operiamo. Di certo non potremo affrontare la seconda fase, che vedrà frequentare i nostri studi da bambini e genitori, senza adeguate protezioni. Come vedete i dubbi e le preoccupazioni non mancano, mentre sembra che le attenzioni si concentrino ancora solo sugli ospedali.

Un aiuto potrebbe giungere dal documento FIMP sull’uso della telemedicina, al quale abbiamo lavorato nelle ultime settimane e che troverete in questo numero, il quale rappresenta la “linea guida FIMP” di un percorso nuovo di cui la Pediatria di Famiglia dovrà prendere coscienza e capacità di gestione.

Non sappiamo se, quando e come potremo tornare alle nostre consuete attività professionali, al nostro modo di essere Pediatri di Famiglia, ne abbiamo tutti voglia, ma forse la nostra categoria e la nostra attività professionale dovranno riadattarsi e riorganizzarsi ancora una volta per far fronte alle nuove esigenze.

La Pediatria di Famiglia lo ha fatto lentamente da quando è nata, ora probabilmente lo dovremo fare, e lo stiamo già facendo, in fretta.

Sono sicuro che ce la faremo, siamo in grado di farlo, siamo Pediatri Famiglia.

Il Pediatra di Famiglia e la gestione delle manifestazioni cliniche da SARS-CoV-2 nel bambino

Roma, 29 marzo 2020

Gruppo di lavoro:

Mattia Doria, Teresa Cazzato, Antonino Gulino, Adima Lamborghini, Valter Spanevello, Michele Fiore, Martino Barretta, Giorgio Conforti, Giovanni Vitali Rosati, Bruno Ruffato, Franco Pisetta, Valdo Flori

L'evoluzione epidemiologica dell'infezione da SARS-CoV 2 in ambito pediatrico si conferma essere caratterizzata da una sintomatologia prevalentemente di gravità medio-lieve che si manifesta anche con segni e sintomi non di tipo respiratorio che devono essere considerati con attenzione all'interno del triage telefonico con il genitore e il monitoraggio clinico delle condizioni di salute.

La recente segnalazione del primo decesso in un bambino colpito da COVID-19 negli USA, pur dovendone ancora comprendere le dinamiche e le caratteristiche cliniche, ci allerta nel non abbassare la guardia nella gestione del bambino.

L'esperienza sul campo che ci perviene dai diversi osservatori sul territorio nazionale da parte di molti pediatri di famiglia mette in evidenza che:

1. il diffondersi dell'epidemia di COVID-19 ha determinato un deciso sovvertimento di approcci clinico-assistenziali consolidati, sia per i servizi sanitari pubblici che per i medici delle cure primarie, costringendo a cambiarli, anche rapidamente, più volte nel divenire della situazione epidemiologica;
2. in non pochi casi la diagnosi di positività al SARS-CoV 2 negli adulti/genitori e, in seconda battuta, dei loro figli nostri assistiti, è avvenuta senza che sia stata documentata un'esposizione certa a situazioni o rischi identificabili con il triage telefonico segno probabile, questo, che il contagio si è verificato casualmente, in modo non prevedibile, nei luoghi di lavoro dei genitori; nei casi accertati, inoltre, la sintomatologia si è rivelata molto variabile e non sempre con le caratteristiche tipiche di un'infezione respiratoria;
3. i bambini, ormai a casa da scuola da almeno 2-3 settimane, non sono quasi mai i primi ad ammalarsi di COVID-19; la maggior parte di loro diventano positivi e talvolta sviluppano sintomi dopo i genitori o i nonni, che invece hanno continuato ad andare a lavorare, fare la spesa, ecc.

4. nel panorama epidemiologico attuale, caratterizzato dal crollo dell'epidemia influenzale stagionale e dalla netta riduzione delle altre patologie infettive e di organo, il bambino con sintomi infettivi, anche lievi o aspecifici, può essere il primo segnale di diffusione del virus in un possibile contesto familiare di genitori positivi asintomatici che, se non riconosciuto, continueranno inconsapevolmente a uscire di casa e ad avere contatti sociali nei contesti più comuni (lavoro, in primis).

Da tali premesse e considerazioni ne consegue che, in un contesto di circolazione del virus, attualmente non controllata, e di diffusione locale dell'infezione, dobbiamo esercitare il **principio di precauzione** e assumere, per prudenza, che tutte le patologie acute - anche quelle diverse dalle ILI - che insorgono nei bambini in questo periodo di isolamento domestico senza esposizione sociale tranne gli stretti conviventi siano infezioni da SARS-CoV 2 fino a prova contraria.

Per contribuire in modo significativo al contenimento della diffusione del contagio si rende sempre più necessario, pertanto, segnalare i bambini sospetti ai Servizi Sanitari locali, secondo le modalità attivate dalle Regioni e Province autonome, per favorire l'esecuzione del test diagnostico con l'obiettivo di evitare che i loro familiari, magari positivi ma asintomatici, contribuiscano alla incontrollata diffusione del virus nelle occasioni di contatto sociale. I bambini ammalati in una famiglia di conviventi apparentemente sani potrebbero rappresentare la spia di una infezione intra-familiare in cui andare ad indagare tutti i componenti.

È in corso di definizione un documento di raccomandazione della FIMP relativo alle possibili strategie di supporto alla valutazione clinica a distanza (telemedicina) al fine di favorire il maggiore monitoraggio possibile nelle condizioni che non permettano la valutazione clinica diretta (in primis l'indisponibilità di adeguati Dispositivi di Protezione Individuale).

La nuova revisione della flow-chart tiene conto di queste riflessioni e considerazioni.

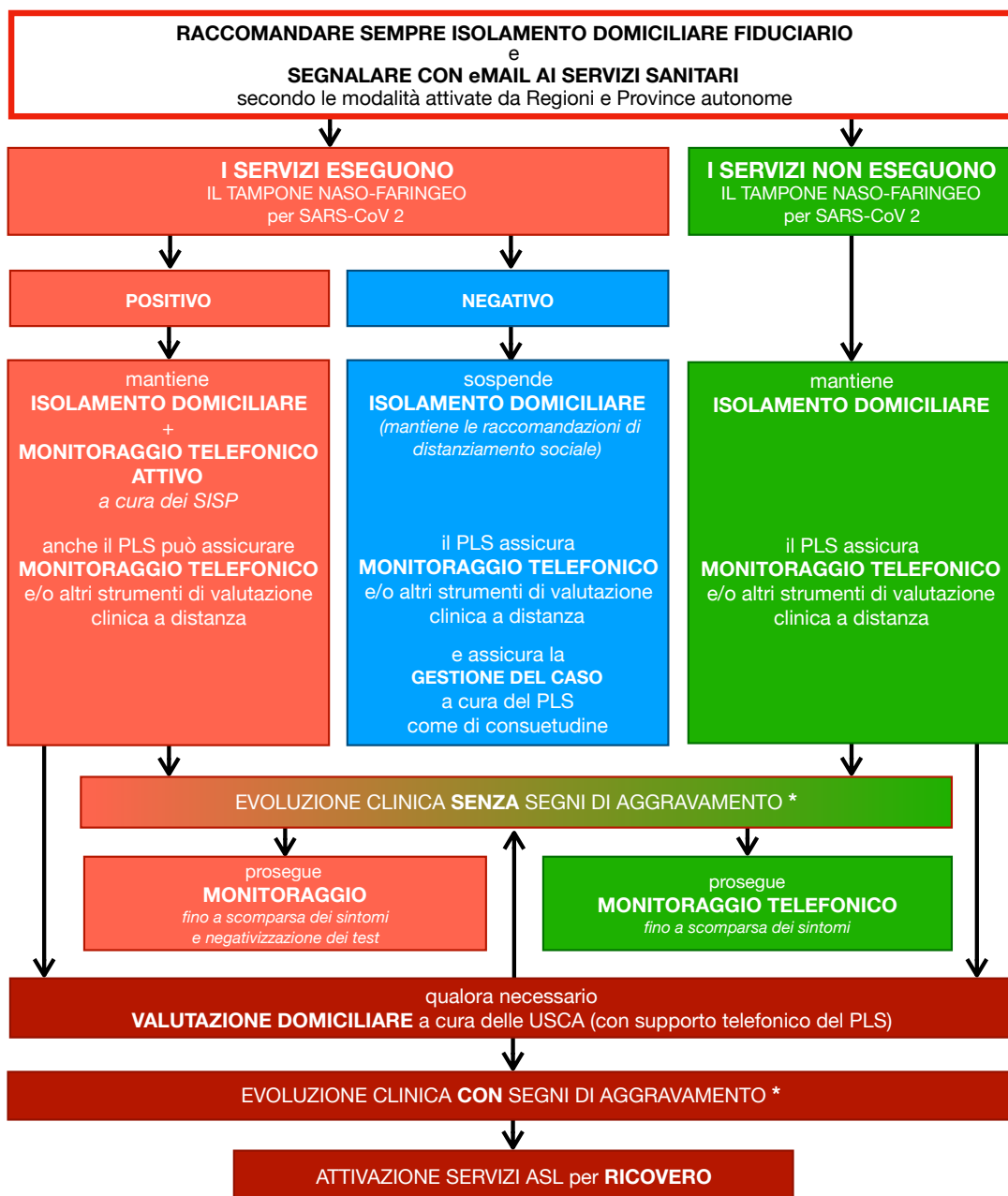
29 MARZO 2020

EMERGENZA COVID-19 INDICAZIONI PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

BAMBINO CON SEGNI/SINTOMI DI INFEZIONE

in assenza di elementi di eziologia e clinica che siano indicativi di origine diversa da COVID-19

insorgenza improvvisa di segni e sintomi (più o meno associati) quali:
febbre, tosse, difficoltà respiratoria,
congestione nasale, rinite, cefalea, diarrea, difficoltà di alimentazione, faringodinia, congiuntivite



Isolamento domiciliare: è la separazione per il periodo di contagiosità di persone infette, in luoghi o condizioni tali da prevenire o limitare il rischio di trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettante dai soggetti infettati a quanti sono potenzialmente suscettibili.
Quarantena: insieme di restrizioni applicate a soggetti sani presumibilmente venuti a contatto con soggetti infettati, volte a prevenire la diffusione di una malattia infettiva nella comunità.

* Segnali di **AGGRAVAMENTO**: dispnea a riposo, respiro frequente, febbre elevata, poco reattivo, coscienza alterata, cianosi

28 FEBBRAIO 2020

infezione da nuovo Coronavirus COVID-19 DECALOGO PER LE FAMIGLIE

1

Se sei stato, solo o con il tuo bambino, in zone dove sono segnalati casi di infezione o **se avete avuto contatti diretti** con persone risultate positive al COVID-19, **INFORMA** il tuo Pediatra di Famiglia e **RIMANI A CASA** in isolamento volontario per 14 giorni.

Se hai dubbi sulla possibilità che il tuo bambino sia stato contagiato, **NON portarlo allo studio del Pediatra di Famiglia** ma contattalo telefonicamente e **NON portarlo al Pronto Soccorso** ma chiama il numero verde 1500

2

3

Lavati spesso LE MANI e **falle lavare al tuo bambino** utilizzando **acqua e sapone** per almeno **20 secondi**. Se non è disponibile il sapone, utilizza un **gel alcolico** (con almeno il 60% di alcool).

Applica le **REGOLE** raccomandate per ogni infezione di tipo influenzale: in particolare mantieni te stesso e il tuo bambino a **distanza di almeno un metro** da un'altra persona che tossisce, starnutisce o ha febbre.

4

5

Se il tuo bambino è ammalato con febbre, tosse e raffreddore **TIENILO A CASA** da scuola o da altre attività o luoghi praticati fino a completa guarigione e **NON USARE MEDICINE** senza specifica indicazione.

INSEGNA al tuo bambino a **tossire e starnutire** girando la testa verso la spalla o il cavo del gomito.

6

7

TIENI PULITE le superfici di casa, usando soluzioni alcoliche o a base di cloro, con particolare attenzione ai giocattoli, soprattutto se condivisi con altri bambini.

Indossa la MASCHERINA solo se sei ammalato o hai sintomi influenzali o da raffreddamento, soprattutto se in casa c'è un neonato o ci sono bambini molto piccoli.

8

9

ELIMINA ACCURATAMENTE mascherine e fazzoletti usati in un **contenitore chiuso**.

Non esitare a **chiedere informazioni al tuo pediatra**.

10

1 MARZO 2020

Infezione da nuovo Coronavirus COVID-19

PRECAUZIONI PER L'ACCESSO ALLO STUDIO

Per la **sicurezza** di tutti si chiede di **collaborare** attenendosi ad alcune norme di **comportamento prudente**

Non entrare nell'ambulatorio senza aver prima
concordato telefonicamente la visita

Entra in sala d'aspetto possibilmente solo quando esce il
paziente precedente, o comunque quando non ci sono altri
pazienti in attesa

Tieni in braccio il tuo bambino se non è in grado di stare fermo
seduto nell'attesa della visita

Controlla che il tuo bambino tocchi il meno possibile
le attrezzature dello studio

Nell'attesa della visita fai utilizzare un gioco o un libro **personale**
portato da casa, e **non condividerlo** con altri bambini

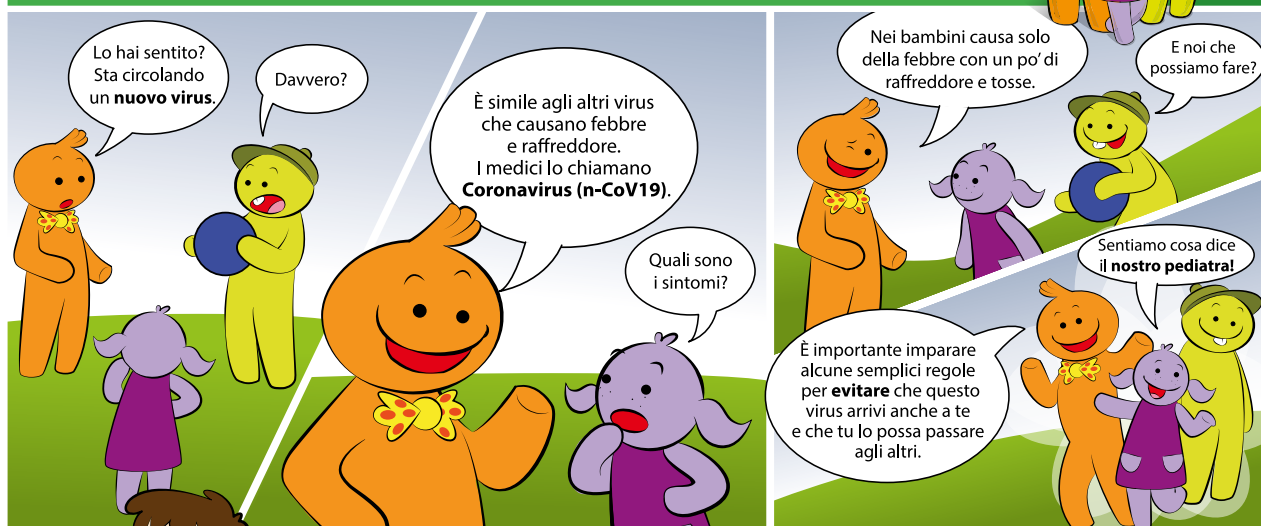
Rispetta le indicazioni igieniche elencate nel
DECALOGO per le famiglie

7 MARZO 2020

GUARDA IL VIDEO ▶



I consigli di Mio Mia & Meo IL CORONAVIRUS



- 1** Al mattino, prima di andare a scuola, controlla di avere con te fazzoletti di carta da gettare dopo l'uso.
- 2** Ricorda che le mani non sono sempre pulite e possono contenere dei germi: non mettere le mani in bocca e non toccarti naso e occhi.
- 3** Lava sempre le mani prima di fare merenda o dopo essere andato in bagno. Vuoi sapere come fare?
 - Bagna le mani con l'acqua del rubinetto.
 - Insapona e strofina le mani per il tempo che ti serve a cantare due volte la canzone "tanti auguri a te..."
 - Sciacqua bene le mani con l'acqua.
 - Asciugale con un asciugamano pulito, meglio se di carta "usa e getta" o sotto l'asciugatore ad aria.
 - Butta l'asciugamano di carta nel cestino.
- 4** Usa solo fazzoletti di carta e, dopo averli usati, gettali sempre nel cestino richiudendo il coperchio.
- 5** Se non hai il fazzoletto ricordati di non tossire o starnutire sulla mano nuda ma di farlo riparandoti il naso e la bocca con il braccio piegato.
- 6** Non avere paura dei tuoi amici ma non avvicinarti troppo se hanno raffreddore e tosse. Non scambiatevi giochi o materiali di scuola (penne, colori, gomme, etc.) e le merende.
- 7** Chiedi alla mamma e al papà di portarti a giocare tutti i giorni all'aria aperta e ricorda loro di arieggiare spesso le stanze della casa.

8 MARZO 2020

GUARDA IL VIDEO ►



I consigli di **Mio Mia & Meo** IL CORONAVIRUS

Ehi raga, avete sentito anche voi parlare del nuovo virus che sta circolando? Causa febbre, tosse e raffreddore. I medici lo chiamano Coronavirus (n-CoV19).

Sì, però mi hanno detto che a noi ragazzi non causa una malattia grave ma ad alcuni adulti ed anziani sì.

Per questo motivo è importante usare delle precauzioni per evitare che la sua diffusione aumenti troppo!

COME PROTEGGERSI DAL CORONAVIRUS E RIDURNE LA DIFFUSIONE

1

Scegli di andare a fare attività fisica all'aria aperta, non frequentare luoghi chiusi e affollati. Invita i tuoi amici a fare altrettanto.

2

È questo il tempo per sfruttare con intelligenza le nuove tecnologie che ti permettono di stare in contatto con gli amici.

3

Pulisci regolarmente le superfici dei dispositivi che utilizzi (tastiere, smartphone, auricolari, etc.).

4

Evita strette di mano, baci e abbracci

5

Lava spesso le mani con acqua e sapone, soprattutto prima di mangiare e, se l'acqua non è disponibile, utilizza un gel disinfettante. Porta sempre con te fazzoletti di carta.

6

Se non hai un fazzoletto di carta tossisci e starnutisci sulla piega del gomito e non toccarti naso, bocca e occhi se non hai le mani pulite.

#DISTANTIMAINSIEME

#SOLOUNITISIVINCE

#STIAMOACASA

COVID-19 in casa con i bambini?

Ecco il nostro portale per le famiglie italiane

Ascoltare una favola, preparare dei biscotti, imparare a cantare, fare attività fisica, visitare un museo, passeggiare nel giardino più bello del mondo. Tutto senza muoversi da casa. Tutto grazie a un unico portale che seleziona, raccoglie e propone il meglio del web per i nostri bambini. Ecco cos'è www.acasaconibambini.com, il regalo che in tempo di Covid-19, FIMP ha voluto fare a tutte le famiglie italiane che rispettano l'isolamento con disciplina, ma sappiamo con quanta fatica di grandi e piccini. Nato come strumento a disposizione dei genitori che cercano in rete un'offerta di qualità per i figli, la piattaforma si propone come una raccolta di idee per giocare, apprendere e addirittura viaggiare senza uscire dalla propria cameretta né rimpiangere (troppo) il mondo.

Il nostro rapporto costante e quotidiano con migliaia di famiglie ci ha portato a rilevare una sofferenza talvolta intensa dei bambini chiusi in casa per settimane, ma anche una profonda difficoltà di tanti adulti, non sempre abituati alla gestione di momenti importanti nella relazione e cruciali per la crescita dei figli, come il gioco e le attività di condivisione e interazione. Questa convivenza forzata imposta dall'epidemia di Covid-19 può essere letta come un'opportunità per migliorare le dinamiche familiari e Internet può rivelarsi una miniera di spunti su come farlo, ma anche un mare in cui perdersi. Peraltro spesso i genitori non hanno modo né tempo di ricercare contenuti di buon livello navigando in Internet. Da qui nasce il progetto di cercare, raccogliere e segnalare le migliori idee incontrate sul web. Si tratta di numerose iniziative di istituzioni, associazioni, enti, musei, artisti in giro per il mondo, contenuti che non sempre hanno la visibilità che meritano.

Con questa operazione abbiamo voluto colmare un vuoto informativo delle famiglie, impreparate a gestire una lunga e forzata convivenza, in ambienti non sempre confortevoli. Pensando al futuro, abbiamo immaginato un progetto e creato uno spazio permanente di consultazione che sopravviverà all'emergenza, continuando ad offrire un luogo di incontro e confronto con i Pediatri di Famiglia e un portafoglio di soluzioni qualora genitori e figli si trovino, quando l'epidemia di Covid-19 sarà superata, nuovamente costretti insieme in casa, che sia per un temporale o una malattia.

Il portale contiene anche una sezione dedicata proprio al Covid-19, nella quale proponiamo le clip di Mia, Mio e Meo, i nostri personaggi animati che spiegano ai bambini come comportarsi per evitare di ammalarsi e contagiare i genitori e i nonni. Inoltre abbiamo immaginato una pratica divisione dei materiali per fasce d'età, con tag dedicate che permettono una rapida consultazione delle proposte raccolte. Garantiamo a www.acasaconibambini.com un aggiornamento frequente e abbiamo previsto una sezione che ospiti le foto delle attività svolte dai nostri piccoli pazienti. A disposizione anche un indirizzo email al quale inviare consigli e segnalazioni. Ciascuno di noi può suggerire la consultazione di www.acasaconibambini.com alle famiglie, invitandole a seguirne le proposte anche attraverso i propri canali social.

Come Pediatri di Famiglia sentiamo mai come in questo periodo l'importanza di un affiancamento, una presenza costante, rassicurante e solida vicino ai più piccoli che vivono nel nostro Paese e ai loro genitori. FIMP si impegna e continuerà a impegnarsi affinché il diritto alla salute psico-fisica di ciascun bambino sia rispettato nei giorni dell'epidemia e quando usciranno dall'emergenza. Perché le famiglie, in questo tempo di Covid-19, pur isolate, non siano mai lasciate sole.



CREA GIOCA IMPARA BACHECA VIDEO COVID-19

Attività selezionate da FIMP



ilmedicopediatra 2020;29(1):11-12;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-07

Raccomandazioni per la pratica vaccinale

Giorgio Conforti¹, Giovanni Vitali Rosati²,
Martino Barretta³, Bruno Ruffato⁴

¹ Pediatra di Famiglia, Genova; ² Pediatra di Famiglia, Firenze;

³ Pediatra di Famiglia, Crotone; ⁴ Pediatra di Famiglia, Vicenza

PREMESSA

L'OMS Regione Europa in data 20 marzo 2020 ha pubblicato un documento con le raccomandazioni in tema di pratica vaccinale, anche per l'età pediatrica, riguardanti la quasi totalità dei Paesi europei che hanno segnalato casi di patologia da COVID-19.

L'OMS invita a considerare situazioni in cui coesistano condizioni epidemiche di infezioni da COVID-19 e situazioni di maggiore o minore rischio di Malattie Prevenibili da Vaccino (VPDs) e raccomanda di attuare alcune priorità (Vaccini) e modalità esecutive (Vaccinazioni) a seconda del quadro assistenziale in cui si opera.

Il rationale di questa raccomandazione è porre attenzione al fatto che le VPDs sono sempre possibili, ancor più se si abbassano le coperture vaccinali, e che la prevenzione è ancor più necessaria oggi per non gravare su un Sistema Sanitario Nazionale già sotto pressione per far fronte all'epidemia da COVID-19.

Certamente, continua il documento, occorre ben valutare rispetto alla schedula routinaria quali scadenze vaccinali debbano essere mantenute e quali invece possano essere rinviate a dopo l'auspicato termine dell'epidemia in atto di COVID-19.

La Federazione Italiana Medici Pediatri presenta alcune proposte operative al fine di ottemperare al meglio alle indicazioni OMS nell'attuale realtà assistenziale italiana.

VACCINI

Il documento OMS raccomanda il rispetto delle scadenze vaccinali del ciclo primario comprendente anche i vaccini combinati del secondo anno di vita.

FIMP ritiene opportuno mantenere anche la protezione contro le gastroenteriti da Rotavirus, stante la possibile presentazione clinica del COVID-19 con manifestazioni gastroenteriche, limitando fortemente così

How to cite this article: Conforti G, Vitali Rosati G, Barretta M, et al. Raccomandazioni per la pratica vaccinale. il Medico Pediatra 2020;29(1):11-12. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-07>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

dallo scenario assistenziale una interferenza diagnostica e una comorbidità dall'impatto clinico rilevante. Inoltre si sottolinea che tale vaccino può essere co-somministrato con gli altri vaccini del ciclo primario e non comporta accessi ulteriori.

FIMP raccomanda la somministrazione del vaccino antimeningococco B, introdotto nei LEA dal 2017, nel primo semestre di vita iniziando dal terzo mese, in considerazione che l'incidenza maggiore per numero e gravità dei casi è nei primi 24 mesi di età.

Anche il vaccino antimeningococco C o il quadrivalente (ACWY) può essere co-somministrato col già raccomandato MPRV, completando così la protezione verso gravi patologie invasive.

In prospettiva FIMP considera sempre più indispensabile attuare la vaccinazione antinfluenzale universale in età pediatrica a partire dalla prossima campagna autunnale, anche per la possibile ricomparsa di una nuova ondata di patologia da COVID-19 non distin-

guibile clinicamente specie nel setting extraospedaliero iniziale.

VACCINAZIONI

Il documento OMS Regione Europa affronta anche il tema della pratica vaccinale indicando come priorità la sicurezza degli accessi, favorendo l'implementazione di sedi vaccinali alternative dove venga garantita la chiamata attiva, la distanza fra utenti, la vaccinazione in concomitanza con bilanci di salute.

FIMP ritiene opportuno un maggior coinvolgimento in ambito regionale nella pratica vaccinale della Pediatria di libera scelta in quanto le raccomandazioni indicate dall'OMS sono più facilmente attuabili presso i propri ambulatori, come del resto dimostra quanto già sperimentato da anni in alcune Regioni.

Queste indicazioni permetteranno anche un minor sforzo in fase post epidemica per il recupero dei vaccini che si saranno rimandati non considerando tale pratica opportuna in fase di epidemia da COVID-19.



F.A.Q.

Frequent Asked Questions

**IL PEDIATRA di FAMIGLIA e la GESTIONE
del NEONATO e del LATTANTE (0-3 MESI)
NATO da MADRE COVID-19+**

Razionale

La pandemia da SARS COV-2 sta determinando profondi cambiamenti nell'erogazione dei servizi sanitari, sia a livello ospedaliero che territoriale, con inevitabili conseguenze di sanità pubblica.

Anche il lavoro quotidiano dei pediatri di famiglia, cambiando i contesti e le consolidate modalità di approccio al paziente, necessita di nuove risposte alle nuove problematiche di salute che si presentano nella pratica quotidiana.

Uno degli aspetti di maggior rilevanza pratica e operativa riguarda la presa in carico e la gestione del neonato e del piccolo lattante (0-3 mesi) nato da madre COVID-19+.

Il testo, redatto dalla Segreteria Scientifica della Federazione Italiana Medici Pediatri, propone, a partire da una revisione delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili e dalle raccomandazioni di organi istituzionali, alcune indicazioni di pratica professionale per il pediatra di famiglia.

Per rendere il testo maggiormente fruibile, si è scelto di utilizzare la forma letteraria delle Frequent Asked Questions (FAQ).

Nota redazionale

Fino ad oggi per questo virus non è stata documentata una trasmissione verticale: nelle casistiche pubblicate in letteratura non ci sono segnalazioni di neonati da mamma COVID-19+ risultati positivi al virus. Sulla base di tale evidenza il presente documento fa riferimento al neonato negativo e asintomatico. Pertanto, nel caso di un'eventuale condizione di infezione connatale da virus SARS-CoV-2, considerata la sua rarità, per la gestione a casa dopo la dimissione al momento attuale è opportuno definire e condividere specifici percorsi organizzativi e clinici ospedale-territorio a livello locale.

Questo è un documento in divenire: le informazioni presentate sono basate sui dati disponibili al momento della sua redazione e saranno aggiornate in base alle nuove evidenze e raccomandazioni che via via verranno pubblicate.

Fonti utilizzate:

[World Health Organization](#) - [Centers for Disease Control and Prevention](#) - [Epicentro – Istituto Superiore di Sanità](#)
[Academy of Medical Royal Colleges UK](#) - [Società Italiana di Neonatologia](#)
[Letteratura scientifica censita su PubMed](#)



A cura della Segreteria Scientifica della Federazione Italiana Medici Pediatri
Mattia Doria, Teresa Cazzato, Antonino Gulino, Adima Lamborghini, Valter Spanevello, Giorgio Conforti, Martino Barretta

MADRE COVID-19+ ASINTOMATICA O SINTOMATICA CON SINTOMATOLOGIA LIEVE IN GRADO DI ACCUDIRE IL NEONATO/LATTANTE

1. La donna positiva al Covid-19 durante la gravidanza, può trasmettere il virus al feto o al neonato?

Non ci sono prove di una trasmissione intrauterina o transplacentare del virus Covid-19+ da donne infettate ai loro feti

In questo momento della pandemia globale dell'infezione da COVID-19 sempre più studi dimostrano l'assenza della trasmissione verticale madre-bambino durante la gravidanza.

Il virus non è stato trovato in campioni di liquido amniotico. Tutti i campioni neonatali testati (sangue del cordone ombelicale e tampone naso-faringeo dei neonati), in alcuni casi anche la placenta, erano negativi a rt-PCR per Covid-19. Solo in un unico studio sono state rilevate IgM nei campioni di siero di sangue neonatale in 2 bambini, che potrebbero essere state prodotte se il virus avesse attraversato la placenta, ma non è noto se le placente delle donne in questo studio fossero danneggiate e anormali.

2. I neonati di madri COVID-19+ sono da considerare dei soggetti a rischio?

Il livello di rischio per i neonati di madri COVID-19+ durante la gravidanza al momento non è documentato.

La letteratura scientifica riporta un piccolo numero di problemi segnalati con la gravidanza o il parto (ad esempio parto pretermine) nei bambini nati da madri che sono risultate positive per COVID-19 durante la gravidanza, ma non è chiaro se questi effetti fossero legati all'infezione materna.

3. Quali raccomandazioni per la gestione del neonato dimesso da mamma COVID-19+?

È indicato che i bambini sani, che non richiedano altrimenti cure neonatali, siano tenuti insieme alle loro madri nell'immediato periodo post partum.

Qualora la madre sia sintomatica e con un quadro clinico compromesso, madre e bambino devono essere transitoriamente separati. La decisione se separare o meno madre e bambino va comunque presa in modo specifico per ogni singola situazione.

4. La madre COVID-19+, può allattare al seno il suo bambino?

Il virus non è stato trovato in campioni di latte materno, tuttavia non si sa se le madri con COVID-19 possono trasmettere il virus tramite latte materno.

Considerando i benefici dell'allattamento al seno e il ruolo insignificante del latte materno nella trasmissione di altri virus respiratori, una madre può effettuare l'allattamento al seno.

5. Una mamma COVID-19+ che allatta al seno deve adottare particolari precauzioni?

La madre deve prendere tutte le precauzioni possibili per evitare di diffondere il virus al suo bambino mentre lo allatta:

- indossare una mascherina quando è vicino al suo bambino
- eseguire l'igiene delle mani prima e dopo aver avuto uno stretto contatto con il bambino
- seguire le altre misure igieniche generali raccomandate

Se c'è necessità di spremere il latte materno con un tiralatte manuale o elettrico, la madre deve lavarsi le mani prima di toccare qualsiasi strumento o parte della bottiglia e seguire le raccomandazioni per una corretta pulizia del tiralatte dopo ogni utilizzo.

Se possibile, fare in modo che il latte spremuto venga somministrato al bambino da qualcuno che è in buona salute.

6. L'allattamento al seno è compatibile con l'assunzione di farmaci da parte della madre COVID-19+?

La compatibilità dell'allattamento con i farmaci somministrati alla madre o che la madre Covid-19+ deve assumere va valutata caso per caso.

Gli studi sui farmaci antivirali utilizzati in allattamento sono scarsi e di piccole dimensioni, dal momento che, nei paesi a più elevato reddito, l'infezione da HIV controindica l'allattamento.

In particolare:

- *se la madre COVID-19+ assume off-label il farmaco lopinar/ritonavir, già in commercio e finora utilizzato per il trattamento dell'HIV, non è noto se sia escreto nel latte materno*
- *se assume off-label il farmaco cloroquina o idrossicloroquina, usato per il trattamento della malaria e dell'artrite reumatoide, anche se escreto nel latte materno, la quantità di principio attivo è insufficiente per raggiungere un effetto dannoso per il neonato/lattante*
- *le conoscenze sugli effetti dell'uso di tocilizumab in allattamento sono scarse. Tracce di farmaco sono state rilevate nel latte materno in studi di casi. Non si registrano effetti avversi nei lattanti di madri che assumevano il farmaco durante l'allattamento*

7. In questo periodo di pandemia, dopo il parto, si può effettuare lo skin to skin?

L'OMS raccomanda che madri e bambini dovrebbero essere messi in grado di rimanere insieme e fare il contatto pelle-a-pelle e la kangaroo-mother care.

Le madri che praticano il pelle-a-pelle o KMC devono adottare misure igieniche (uso mascherina, igiene delle mani, pulizia delle superfici)

8. Come bisogna proteggere il neonato per evitare l'infezione da COVID-19+?

Alla dimissione dall'Ospedale tutti i bambini/e nati da madri COVID-19 + devono essere presi in carico tempestivamente da parte del pediatra di famiglia che:

- assicura un follow up e una sorveglianza telefonica delle condizioni del bambino, della situazione di accudimento familiare e dell'allattamento;
- richiede ove possibile l'invio telematico della cartella clinica del neonato da parte del punto nascita;
- rinforza le raccomandazioni ai genitori sulle precauzioni possibili per evitare il contagio del bambino (lavarsi le mani prima di toccare o allattare il bambino, indossare la mascherina durante la poppata al seno o con latte adattato, evitare di baciare, proteggerlo dalla tosse, evitare le visite di parenti o amici, lavarsi le mani prima e dopo la poppata)

9. Quali precauzioni deve adottare il pediatra di famiglia nel visitare un neonato dimesso da madre COVID-19+?

Il neonato deve essere accompagnato nello studio del pediatra da una sola persona che sia in condizioni di buona salute e con l'adozione delle misure igieniche adeguate (mascherina chirurgica, pulizia delle mani con gel idroalcolico).

Il tempo di soggiorno in ambulatorio del bambino e della persona che lo accompagna deve essere ridotto al minimo necessario

Il pediatra deve utilizzare misure igieniche adeguate e dispositivi di protezione individuale:

- Usare la mascherina, chirurgica o se possibile FFP2 o FFP3
- Utilizzare una visiera o occhiali protettivi
- Indossare i guanti, possibilmente una cuffia e un camice monouso
- Mantenere per quanto possibile la distanza di almeno 1 metro dall'accompagnatore del bambino
- Evitare di toccarsi occhi, naso e bocca
- Rimuovere con procedura di sicurezza e smaltire in un contenitore chiuso i dispositivi di protezione utilizzati
- Disinfettare le superfici e arieggiare lo studio
- Disinfettare gli strumenti utilizzati durante la visita (fonendoscopio ecc.)

10. Se c'è un componente della famiglia diverso dalla madre in quarantena ed in attesa di accertamenti per COVID-19+ o esito di un tampone nasofaringeo, quali precauzioni adottare e consigliare per il neonato?

Oltre ad adottare tutte [le norme igieniche generali raccomandate](#), il neonato/lattante deve essere tenuto lontano dai famigliari in quarantena fino al termine del periodo previsto o fino all'esito negativo del tampone nasofaringeo.

Il componente della famiglia in quarantena deve occupare una stanza diversa con possibilmente un bagno dedicato: si rimanda alle disposizioni generali del Ministero della Salute e delle Regioni sulle precauzioni da adottare, in particolare il Documento dell'ISS ["Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto covid-19"](#) pagg.5-6)

11. Come può il pediatra di famiglia valutare e monitorare la crescita di un neonato in questo periodo di epidemia da COVID-19?

Per tutte le condizioni che non richiedono una valutazione fisica obiettiva con il bambino presente il pediatra utilizza la consulenza telefonica o attraverso altri mezzi di comunicazione a distanza (messaggistica, e-mail, videochiamata).

In particolare, il Pediatra di famiglia assicura attraverso questi strumenti:

- *la disponibilità al colloquio con i genitori o caregiver per tutte le consulenze di supporto alla genitorialità allattamento, crescita, interpretazione dei fenomeni fisiologici, problemi di accudimento, disturbi funzionali, azioni di prevenzione, raccomandazioni per riduzione del rischio di contagio, promozione dello sviluppo psicomotorio, dubbi e preoccupazioni dei genitori, promozione delle vaccinazioni.*
- *il controllo della crescita quando possibile (disponibilità di bilancia a domicilio)*

12. Come può il pediatra di famiglia valutare e monitorare lo sviluppo neuromotorio di un neonato in questo periodo di epidemia da COVID-19?

Il pediatra può monitorare lo sviluppo neuromotorio del neonato tramite:

- consultazione telefonica ponendo domande semplici al genitore per esempio:
 - solleva il capo quando è sdraiato a pancia in giù (prono)
 - guarda e segue il viso/gli occhi della madre quando è allattato
 - quando piange si consola tra le braccia della madre
- attraverso una videochiamata o tramite l'invio di una videoregistrazione effettuata dai genitori in cui il pediatra può osservare la postura e i movimenti del neonato/lattante (la registrazione va effettuata durante il sonno attivo, il pianto e la veglia attiva).

13. Il bambino nato da madre COVID-19+ può iniziare il percorso vaccinale?

Il recente [documento WHO per la Regione Europea](#) raccomanda di non ritardare le usuali scadenze del ciclo vaccinale primario pur in presenza di epidemia da COVID-19 attivando le già note precauzioni ambientali.

**MADRE COVID-19+
SINTOMATICA, NON IN GRADO DI ACCUDIRE IL BAMBINO
CHE NECESSITA DI RIMANERE IN OSPEDALE
E NEONATO CHE VA A CASA CON IL PADRE O ALTRO CAREGIVER**

Nei casi in cui la separazione madre-bambino risulti necessaria, è raccomandata la spremitura del latte. Tutte le altre raccomandazioni precedentemente esposte, compatibili con questa condizione, rimangono valide.

Nei casi in cui il neonato deve essere separato dai propri caregiver primari (madre, padre) il pediatra si attiva per assicurare un supporto psicologico di sostegno ai genitori da parte degli idonei Servizi delle Aziende Sanitarie.

Bibliografia

- <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-partoallattamento>
- [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancybreastfeeding.html>
- <https://www.rcog.org.uk/coronavirus-pregnancy>
- <https://www.saperidoc.it>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
- <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento-26-3-20> (Aggiornamenti settimanali sul tema)
- WHO - World Health Organization. Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts [Internet]. World Health Organization. Disponibile sul link: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
- SIN - Società di Italiana di Neonatologia ALLATTAMENTO e INFEZIONE da SARS-CoV-2 (Coronavirus Disease 2019 - COVID-19) Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia (SIN) 27/02/202. Pdf disponibile sul link: https://www.policlinico.mi.it/uploads/fom/attachments/pagine/pagine_m/79/files/allegati/539/allattamento_e_infezione_d_a_sars-cov-2_indicazioni_ad_interim_della_societ_italiana_di_neonatologia_sin_2_.pdf
- Mullins, E., Evans, D., Viner, R. M., O'Brien, P., & Morris, E. (2020). Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology : The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1002/uog.22014>
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/433813/Guidance-routine-immunization-services-COVID-19-pandemic.pdf?ua=1

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

PER LO SVILUPPO DELLA

TELEMEDICINA

NEL CONTESTO ASSISTENZIALE

DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Versione del 31 marzo 2020

ilmedicopediatra 2020;29(1):20-25; doi: 10.36179/2611-5212-2020-09

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Questo documento è finalizzato a definire linee di indirizzo nazionali della Federazione Italiana Medici Pediatri in tema di telemedicina nel contesto assistenziale della pediatria di famiglia italiana a partire dal contesto emergenziale dell'attuale Pandemia da SARS-CoV-2 ed in prospettiva alla sua integrazione alla pratica nella Pediatria di Famiglia.

I principali punti di lavoro per il suo sviluppo sono:

- identificare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina nella pediatria delle cure primarie;
- analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
- identificare gli aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità dei servizi e delle prestazioni di telemedicina;
- condividere tassonomie e classificazioni delle più comuni condizioni che possono beneficiare delle attività in telemedicina;
- valutazione degli strumenti e delle piattaforme di supporto che devono essere certificate e devono garantire la registrazione del consenso, la tracciabilità dei dati, la protezione dei dati sensibili, l'interfacciabilità con i gestionali già in uso da parte del pediatra di famiglia.

GRUPPO DI LAVORO

Mattia Doria, Luciano Basile, Teresa Cazzato, Michele Fiore,
Antonino Gulino, Adima Lamborghini, Emanuela Malorgio, Valter Spanevello

CONTESTO

L'emergenza sanitaria da COVID-19 sta mettendo in evidenza il tema dell'assistenza pediatrica delle cure primarie nei contesti e nelle realtà nelle quali l'accesso alla visita pediatrica può essere limitato o impedito da cause di forza maggiore (aree territoriali periferiche e disagiate, terremoti, epidemie, etc.).

Le evidenze scientifiche attualmente disponibili ci confermano che la storia naturale dell'infezione da Coronavirus nel bambino è nella maggioranza dei casi favorevole. Tuttavia, il bambino infetto, quand'anche asintomatico o pauci-sintomatico, rappresenta ugualmente un veicolo di diffusione del virus, con conseguenze facilmente immaginabili per la possibilità di diffusione del contagio sia nei confronti dei pediatri di famiglia che dei famigliari e degli altri eventuali assistiti del pediatra afferenti allo studio.

Il rischio oggettivo che i pediatri di famiglia possano contrarre il SARS-CoV 2 e ammalarsi di COVID-19 determinerebbe un vuoto assistenziale difficilmente colmabile con la conseguente necessità di trovare adeguata assistenza ai bambini che ne rimarrebbero, anche se temporaneamente, privi.

Le manifestazioni cliniche della infezione da SARS-CoV 2 sono indistinguibili, almeno nelle fasi iniziali, da una comune virosi respiratoria, condizione molto frequente in età pediatrica. Questa caratteristica costringe ad un uso estensivo dei Dispositivi di Protezione Individuale in occasione di ogni visita per problemi respiratori e/o infettivi. L'aspetto pratico che purtroppo caratterizza questi giorni difficili è la carenza assoluta di DPI, che impedisce ai pediatri di prestare un'assistenza diretta sul bambino.

Lo sviluppo dell'attuale epidemia di COVID-19, inoltre, sta mettendo in luce quanto anche lo stato di portatore asintomatico o pre-sintomatico rappresenti una condizione di particolare rischio sanitario per il pediatra che si predisponga alla valutazione di qualsiasi bambino che accede. La visita presso lo studio pediatrico, infatti, comporta l'esposizione del pediatra a due possibili fonti di infezione rappresentate dal bambino stesso e dal suo accompagnatore (in genere genitore o nonno). Inoltre, il pediatra potrebbe essere stato contagiato e, sebbene asintomatico, soprattutto nella fase prodromica, potrebbe essere a sua volta veicolo inconsapevole di diffusione verso il bambino e il suo accompagnatore.

IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Il contesto assistenziale della pediatria di famiglia è caratterizzato dalla continuità delle cure basata sul rapporto fiduciario che si instaura e cresce nel tempo prevedendo già oggi il contatto telefonico per consulenze di puericultura, per la gestione ed eventuale risoluzione di alcuni problemi di salute e per il monitoraggio di condizioni acute o croniche già note.

Le attività di telemedicina sono tanto più percorribili quanto più il pediatra conosce il paziente ed è consolidato il rapporto di fiducia. Esse devono essere inserite in percorsi sostenibili, praticabili e applicabili alla tipologia assistenziale delle cure primarie in Italia.

La telemedicina, d'altra parte, è da considerare uno strumento emergenziale che non può ad oggi divenire prassi "esclusiva" nel quotidiano del pediatra di famiglia soprattutto nella gestione delle malattie acute e nelle attività di prevenzione, sorveglianza evolutiva e screening. Al di fuori delle sopra citate condizioni emergenziali, la telemedicina nella pratica delle cure primarie pediatriche va sempre inteso come strumento di integrazione alla valutazione pediatrica diretta.

Essa necessita, inoltre, di una solida **formazione specifica** del pediatra, sia tecnica che scientifica e della dotazione di strumentazione ad hoc sia da parte del pediatra di famiglia che delle famiglie.

TELEMEDICINA

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle **Information and Communication Technologies (ICT)**, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nello stesso luogo o nella stessa località.

La Telemedicina comporta la trasmissione sicura, preferibilmente su piattaforme certificate, di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, registrazioni di suoni, immagini, video, parametri clinici o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per migliorarne efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. (1)

Dal punto di vista medico-legale le prestazioni svolte in telemedicina non modificano i profili di responsabilità civile del medico che, ai sensi del comma 2 dell'art. 7 della legge 24/2017, rimane di tipo extracontrattuale, rimanendo invece a carico della Struttura socio-sanitaria il profilo contrattuale di responsabilità.

La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali. Si configura, nel quadro normativo generale, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e pertanto rientra nella cornice di riferimento che norma tali processi con alcune precisazioni sulle condizioni di attuazione.

Si precisa che l'utilizzo di strumenti di ICT per il trattamento di informazioni sanitarie o la condivisione on line di dati e/o informazioni sanitarie non costituiscono di per sé servizi di Telemedicina. A titolo esemplificativo **non rientrano nella Telemedicina portali di informazioni sanitarie, social network, forum, newsgroup, posta elettronica** o altro. (1)

È preferibile che le attività di telemedicina siano realizzate all'interno di **piattaforme certificate** che siano in grado di garantire tutti gli standard richiesti dalla normativa sulla gestione dei dati sensibili e per una maggiore tutela dal punto di vista medico-legale.

La telemedicina, nella pediatria di famiglia, si applica quando le condizioni di salute del bambino lo permettano e quando l'accesso allo studio del bambino sia impedito da cause di forza maggiore. La telemedicina può anche essere realizzata in attesa di una valutazione clinica diretta, integrandosi, pertanto, ad essa, o come attività di follow-up che non necessiti di un nuovo accesso allo studio.

È raccomandato che le strategie assistenziali in telemedicina si avvalgano di specifiche **schede di analisi** dei principali contesti clinici nei quali può essere applicata. È opportuno, inoltre, che esse siano inserite all'interno di **Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA)** pertinenti alla tipologia clinico-assistenziale della pediatria di famiglia (cure primarie).

OPPORTUNITÀ

La telemedicina è da considerare uno strumento utile per garantire un'adeguata assistenza sanitaria in relazione a variazioni temporanee delle esigenze di salute della popolazione pediatrica. In particolare, in situazioni di emergenza sanitaria o in ambiti territorialmente disagiati o difficilmente raggiungibili permette di organizzare un programma periodico di contatti con il bambino e la famiglia in grado di promuovere una sorveglianza di salute e, allo stesso tempo, garantire un supporto alla genitorialità rilevandone precocemente le sue eventuali carenze.

Attualmente il vantaggio più grande della telemedicina si manifesta principalmente nel caso di pazienti con malattie croniche o ad alta intensità assistenziale. Tali pazienti, infatti, hanno la possibilità di ricevere un monitoraggio costante rispetto all'andamento della patologia grazie a strumentazioni a domicilio e/o all'ausilio di applicazioni (APP) per smart-phone, computer e altri e-device specifiche per la propria patologia.

STRATEGIE POSSIBILI

Di fronte a condizioni che impediscano la possibilità di una visita diretta di un bambino per il quale il genitore chieda una valutazione, è necessario sviluppare strategie alternative e integrate per una prima e approfondita valutazione della condizione presentata.

Tali strategie possono essere raggruppate in 2 principali tipologie di intervento integrate:

1. **Triage telefonico approfondito e strutturato per sintomi** (va restituita dignità clinica e riconoscimento normativo alla consultazione telefonica: non tutto ciò per cui il pediatra viene contattato necessita di valutazione presso lo studio);
2. **Utilizzo di strumenti e sistemi di consultazione e valutazione clinica a distanza.**

Il **primo punto** può essere sviluppato implementando in modo strutturato i principi, la metodologia e le tecniche della **"pediatria al telefono"** in coerenza con gli elementi di buone pratiche cliniche a partire dalle evidenze scientifiche più accreditate.

Il **secondo punto** può trovare un adeguato sviluppo attraverso la valorizzazione e il potenziamento degli strumenti e dei sistemi di comunicazione, oggi ampiamente diffusi, che consentono **la videochiamata o la rapida condivisione di file immagine, audio, audio-video.**

Con tali sistemi i genitori, adeguatamente guidati dal proprio pediatra di famiglia, possono integrare i dati raccolti attraverso il classico triage telefonico con altri importanti elementi clinici necessari alla migliore definizione del caso presentato.

Il gruppo di lavoro ha iniziato a sviluppare l'approccio al triage telefonico integrato con le possibili strategie di consultazione e valutazione clinica a distanza (telemedicina) dei principali sintomi di pertinenza pediatrica.

Il presente documento è un work-in-progress e verrà periodicamente aggiornato.

(1) TELEMEDICINA Linee di indirizzo nazionali, Ministero della Salute, 2012

XIV CONGRESSO NAZIONALE
FIMP 202014 / 17 Ottobre 2020
Baveno, Lago Maggiore

Hotel Dino

**a braccia
aperte**

SEGUI GLI AGGIORNAMENTI:

www.congressonazionalefimp2020.itfimp
Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*i

ilmedicopediatra 2020;29(1):26

...in questo momento di limitazione agli eventi, teniamoci aggiornati con la formazione a distanza FIMP...

Di seguito i siti dove potrai collegarti.



FIMP AGGIORNA 2020
CORSO FAD
 1 GENNAIO // 31 DICEMBRE 2020

6 Crediti Formativi ECM



www.fimpaggiorna2020.it



pillole FIMP
 Progetto FAD per Pediatri di Famiglia
 Dermatologia
 Infezioni respiratorie
 Calcio e Vitamina D

6 CREDITI FORMATIVI ECM

1° Gennaio 2020

1° Gennaio 2021

www.pillolefimp.it



CORSO FAD

3 Crediti Formativi ECM



PETER Pan
 Pediatria territoriale e riconoscimento precoce malattie neuromuscolari

www.peterpanfimp.it



CORSO FAD 3a edizione - 16 SETTEMBRE 2019 / 16 SETTEMBRE 2020

**VACCINARE AL MOMENTO GIUSTO
 COL VACCINO GIUSTO**

2,6 CREDITI ECM



www.vaccinareperprevenire.it

ilmedicopediatra 2020;29(1):28-31;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-010

Efficacia del 5-idrossitriptofano (Griffonia simplicifolia) sull'insonnia cronica in età pediatrica: studio pilota multicentrico in aperto

Marco Carotenuto¹, Marco Angriman², Oliviero Bruni³

¹ Sleep Lab for Developmental Age, Clinic of Child and Adolescent Neuropsychiatry, Department of Mental Health, Physical and Preventive Medicine, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli, Italy; ² Department of Pediatrics, Child Neurology and Neurorehabilitation Unit, Hospital Bolzano, Italy; ³ Department of Developmental and Social Psychology, Sapienza University of Rome, Italy

Conflitto di interessi

Marco Carotenuto e Oliviero Bruni dichiarano di aver ricevuto finanziamenti da Pediatrica. Marco Angriman dichiara di non avere alcun conflitto di interessi.

How to cite this article: Carotenuto M, Angriman M, Bruni O. Efficacia del 5-idrossitriptofano (Griffonia simplicifolia) sull'insonnia cronica in età pediatrica: studio pilota multicentrico in aperto. il Medico Pediatra 2020;29(1):28-31. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-010>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INTRODUZIONE

L'insonnia cronica è un disturbo del sonno che può essere influenzato da cause mediche, patologie del neurosviluppo e/o pratiche non adattive del sonno da parte dei genitori. Fino al 30% dei bambini nella prima infanzia e al 15% di quelli in età prescolare presentano ritardato inizio del sonno, resistenza ad andare a dormire associata o meno a risvegli frequenti e protratti nel tempo, tali da richiedere l'intervento dei genitori durante la notte ¹.

Allo stato attuale un approccio comportamentale, finalizzato a consolidare i pattern del sonno adeguati all'età del soggetto è quello maggiormente utilizzato per il trattamento dell'insonnia cronica in prima infanzia/età prescolare. Gli approcci farmacologici sono meno utilizzati nella pratica clinica, anche per riluttanza dei genitori rispetto a questo tipo di intervento in questa precoce età mentre c'è una netta preferenza per quelli che vengono definiti prodotti "naturali" come fitoterapia e integratori quali il triptofano e il 5-idrossitriptofano.

Triptofano (TRP)

È uno dei 9 aminoacidi essenziali per l'uomo che non possono essere sintetizzati in maniera endogena ma necessariamente introdotti con l'alimentazione. Presente in alcuni alimenti (frutta secca, riso, spinaci crudi, formaggi), può favorire il sonno senza particolari effetti collaterali.

Precursore della serotonina, ha effetti diretti sulla regolazione omeostatica del sonno aumentando la disponibilità di serotonina cerebrale e di melatonina ², tende a diminuire la latenza di sonno e ad aumentare la durata del sonno a onde lente ³, oltre a ridurre l'agitazione notturna ⁴.

5-idrossitriptofano (5HTP)

Derivato dal TRP, si trova in natura come estratto di *Griffonia simplicifolia*, diffusa principalmente nelle aree tropicali umide dell'Africa. È preferibile in ambito clinico al TRP per una serie di ragioni: attraversa direttamente la barriera emato-encefalica, si impegna esclusivamente nella sintesi della serotonina e non impegna la catena metabolica della chinurenina, ha una maggiore biodisponibilità ed è ottenuto da fonti vegetali mentre il TRP è prodotto dalla fermentazione batterica; pertanto, vi è una minore possibilità di contaminazione con rischio inferiore di sindrome eosinofilia-mialgia.

Dato che non esistono farmaci approvati dall'*European Medical Agency* (EMA) per l'insonnia del bambino senza specifiche patologie neurologiche, gli strumenti terapeutici per il Pediatra sono molto limitati. Il recente uso di melatonina a rilascio immediato ha dimostrato l'efficacia prevalentemente sui disturbi di inizio del sonno con scarsa efficacia sui risvegli notturni ⁵.

Al fine di raccogliere dati preliminari sull'eventuale efficacia di 5HTP su insonnia cronica e risvegli notturni in una popolazione pediatrica, è stato effettuato uno studio multicentrico open-label utilizzando estratto di *Griffonia simplicifolia* titolato al 25% in 5-idrossitriptofano (5HTP).

SOGGETTI E METODI

46 bambini con insonnia cronica (26 maschi e 20 femmine; età compresa tra 1 e 11 anni; media $3,95 \pm 2,766$) sono stati reclutati nei centri specialistici di Medicina del Sonno dell'Età Evolutiva di Roma, Bolzano e Napoli.

I bambini sono stati indirizzati dai Pediatri nei rispettivi centri in quanto presentavano insonnia resistente ai trattamenti comuni (principalmente melatonina) e non rispondevano agli approcci comportamentali.

Tutti i genitori dei bambini reclutati hanno firmato un modulo di consenso approvato dall'istituto per l'uso di dati clinici a scopo di ricerca.

Ogni bambino è stato sottoposto alla stessa valutazione standardizzata: 1) storia medica completa e storia anamnestica del sonno; 2) esame neurologico; 3) registrazione EEG in veglia e sonno al fine di escludere qualsiasi condizione neurologica.

La diagnosi di insonnia cronica del sonno si basava sui criteri riportati nella Classificazione Internazionale del Sonno ICSD3 (Tab. I).

A tutti i pazienti è stato somministrato 5HTP al momento di andare a dormire per 20 giorni consecutivi, in dose variabile tra i 2 e 5 mg/kg (media $3,92 \pm 1,47$).

Un diario del sonno strutturato per 20 giorni è stato compilato dai genitori e dopo tale periodo tutti i soggetti sono stati riesaminati per valutare l'esito clinico in seguito a trattamento.

Ai fini della risposta clinica si è valutata la riduzione dei risvegli in percentuale: eliminazione del 100% dei risvegli; riduzione del 75% dei risvegli notturni; riduzione del 50% dei risvegli notturni; riduzione tra 25-50% dei risvegli notturni; inefficacia.

RISULTATI

Tutti i bambini hanno soddisfatto i criteri dell'ICSD3 per la diagnosi di insonnia cronica; in particolare almeno 3 risvegli per notte per 3 volte a settimana per almeno 3 mesi.

Prima del trattamento i bambini presentavano una frequenza media di risvegli intrasonno di 3,83 risvegli con un massimo di 10 risvegli per notte.

Tutti i soggetti avevano un esame neurologico nella norma e la registrazione EEG in veglia e sonno è risultata negativa.

In 17/46 casi (37%) si è riscontrata una riduzione dei risvegli pari al 100% o 75%; una riduzione del 50% dei risvegli è stata rilevata in 17/46 casi (37%) mentre non si è verificata nessuna variazione in 12/42 casi (26%).

Nessun bambino ha riportato effetti avversi al seguito della somministrazione e del trattamento con il prodotto in esame.

DISCUSSIONE

Studi trasversali e longitudinali hanno dimostrato che i problemi di sonno e i risvegli notturni interferiscono con

i processi cognitivi e la regolazione comportamentale, particolarmente nei primi anni di vita, ponendo la diagnosi tempestiva e la scelta del trattamento come una priorità per il clinico.

Nei casi di insonnia cronica si ricorre a interventi farmacologici quando i genitori non sono in grado di applicare le regole comportamentali oppure se queste hanno fallito¹. È noto che i genitori prediligono un approccio con prodotti "naturali" o integratori come il triptofano rispetto ai farmaci anche in virtù del fatto che non esistono farmaci approvati dall'EMA per l'insonnia del bambino senza specifiche patologie neurologiche. Vecchi studi hanno dimostrato che il TRP favorisce il sonno agendo prevalentemente sul miglioramento della latenza del sonno e sull'aumento dello stadio profondo del sonno.

In età evolutiva, evidenze scientifiche riportano che i

TABELLA I.

Criteri per la diagnosi di insonnia cronica (ICSD3).

A. Il paziente riferisce, oppure il genitore o il caregiver del paziente osserva, uno o più di quanto segue:

- difficoltà ad iniziare il sonno
- difficoltà a mantenere il sonno
- svegliarsi prima del desiderato
- resistenza ad andare a letto secondo il programma appropriato
- difficoltà a dormire senza l'intervento dei genitori o del caregiver

B. Il paziente riferisce, oppure il genitore del paziente o il caregiver osserva, uno o più di quanto segue legato alla difficoltà del sonno notturno:

- affaticamento/malessere
- attenzione, concentrazione o compromissione della memoria
- prestazioni sociali, familiari, professionali o accademiche compromesse.
- disturbo dell'umore/irritabilità
- sonnolenza diurna
- problemi comportamentali (ad es. iperattività, impulsività, aggressività)
- ridotta motivazione/energia/iniziativa
- propensione per errori/incidenti
- preoccupazioni o insoddisfazione per il sonno

C. Le lamentele relative al ritmo sonno/veglia non possono essere spiegate solamente da un'inadeguata opportunità (ovvero, è concesso tempo sufficiente per dormire) o da circostanze inadeguate (vale a dire, l'ambiente è sicuro, buio, silenzioso e comodo) per dormire

D. I disturbi del sonno e i sintomi diurni associati si verificano almeno tre volte a settimana

E. Sono stati riscontrati disturbi del sonno e sintomi diurni associati presente per almeno tre mesi

F. La difficoltà di sonno/veglia non è meglio spiegata da un altro disturbo del sonno

bambini allattati con latte formulato con elevati livelli di TRP rispetto a bambini che ricevevano un dosaggio standard presentavano un miglioramento nella latenza e nell'efficienza del sonno, un aumento del tempo di immobilità e un trend positivo verso una riduzione dei risvegli ⁶. Altri studi dimostrano che neonati e bambini che avevano difficoltà ad addormentarsi e a risvegliarsi la mattina avevano bassi indici di TRP ingeriti a colazione ⁷.

Non esistono ricerche che abbiano valutato l'efficacia del 5HTP nell'insonnia del bambino. Uno studio ha dimostrato che la somministrazione di 5HTP era efficace nel ridurre gli episodi di terrore notturno ⁸.

Il nostro lavoro ha evidenziato che la somministrazione di 5HTP è stata efficace nel ridurre i risvegli notturni in circa il 75% dei soggetti a cui è stato somministrato nel breve termine, senza determinare nessun effetto collaterale.

L'esatto meccanismo d'azione degli effetti sedativi del 5HTP non è completamente chiaro e non è sicuro che sia mediato solo dalla conversione in serotonina. Un'ipotesi è che l'effetto del 5HTP sul ritmo sonno-veglia dipenda dall'attivazione del sistema serotoninergico e in particolare dal momento in cui si verifica tale attivazione (luce vs oscurità) ⁹.

Questo studio pilota ha limitazioni importanti quali il design come open label, non in cieco e senza pla-

cebo e la mancanza del follow-up a lungo termine; tuttavia, pur con questi limiti, i risultati dimostrano che il 5HTP potrebbe rappresentare una nuova strategia terapeutica per i problemi di inizio e mantenimento del sonno in età pediatrica, anche in virtù di una migliore accettazione del trattamento da parte dei genitori.

Per lo studio è stato utilizzato uno sciroppo a base di Griffonia simplicifolia titolata al 25% in 5-HTP di cui 1 ml di prodotto corrisponde a 40 mg di Griffonia pari a 10 mg di 5-HTP.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Owens JA, Mindell JA. Pediatric insomnia. *Pediatr Clin North Am* 2011;58:555-69.
- ² Esteban S, Nicolaus C, Garmundi A, et al. Effect of orally administered L-tryptophan on serotonin, melatonin, and the innate immune response in the rat. *Mol Cell Biochem* 2004;267:39-46.
- ³ Schneider-Helmert D, Spinweber CL. Evaluation of L-tryptophan for treatment of insomnia: a review. *Psychopharmacology (Berl)* 1986;89:1-7.
- ⁴ Schneider N, Mutungi G, Cubero J. Diet and nutrients in the modulation of infant sleep: A review of the literature. *Nutr Neurosci* 2018;21:151-61.
- ⁵ Bruni O, Alonso-Alconada D, Besag F, et al. Current role of melatonin in pediatric neurology: clinical recommendations. *Eur J Paediatr Neurol* 2015;19:122-33.
- ⁶ Sánchez CL, Cubero J, Sánchez J, et al. The possible role of human milk nucleotides as sleep inducers. *Nutr Neurosci* 2009;12:2-8.
- ⁷ Harada T, Hirotsu M, Maeda M, et al. Correlation between breakfast tryptophan content and morning-evening in Japanese infants and students aged 0-15 yrs. *J Physiol Anthropol* 2007;26:201-7.
- ⁸ Bruni O, Ferri R, Miano S, et al. L-5-Hydroxytryptophan treatment of sleep terrors in children. *Eur J Pediatr* 2004;163:402-7.
- ⁹ Imeri L, Mancini M, Bianchi S, et al. 5-Hydroxytryptophan, but not L-tryptophan, alters sleep and brain temperature in rats. *Neuroscience* 2000;95:445-52.

ilmedicopediatra 2020;29(1):32-34;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-011

Effetti preventivi della vitamina D sull'influenza stagionale A nei bambini: uno studio clinico multicentrico, randomizzato, aperto, controllato

Preventive effects of vitamin D on seasonal influenza A in infants: a multicenter, randomized, open, controlled clinical trial – Zhou J, et al. J Infectious Dis 2018;37:749

Diego Peroni

Direttore UO di Pediatria, AOUP, Università di Pisa

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi.

How to cite this article: Peroni D. Effetti preventivi della vitamina D sull'influenza stagionale A nei bambini: uno studio clinico multicentrico, randomizzato, aperto, controllato. il Medico Pediatra 2020;29(1):32-34. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-011>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

L'influenza stagionale costituisce un'infezione comune che colpisce anziani e bambini; tra questi soprattutto quelli della prima infanzia. In questa fascia d'età non sono approvati farmaci antivirali e i trial clinici di intervento mancano.

In questo studio recente, pubblicato su un'ottima rivista internazionale, gli autori hanno studiato in bambini di età inferiore ai 12 mesi l'effetto della supplementazione con vitamina D (VD) sulla prevenzione dell'infezione da virus dell'influenza A. Sono stati arruolati 400 bambini sani (età media $7,8 \pm 2,6$ mesi), randomizzati in due gruppi, a cui è stata somministrata VD a due dosaggi: un dosaggio alto, di 1.200 UI/die e uno più basso a 400 UI/die come terapia per 4 mesi. Nei 4 mesi di studio in corso di supplementazione, 157 casi hanno presentato sintomi simil-influenzali come febbre, raffreddore, dispnea e rinite. L'analisi, mediante PCR

del secreto naso-faringeo, ha isolato 121 casi di positività al virus dell'influenza A. È stata segnalata una significativa differenza ($p < 0,05$) tra i due gruppi, con 78 casi nel gruppo a basso dosaggio (400 UI/die) e 43 casi nel gruppo ad alto dosaggio (1.200 UI/die). Inoltre dal confronto sui sintomi occorsi ai bambini è risultata una netta differenza a favore del gruppo trattato con alte dosi. Il gruppo trattato con la dose maggiore presentava in corso di infezione una significativa minor durata della febbre (Fig. 1), della tosse e della presenza di fischi e sibili nel torace.

Alla ricerca di una spiegazione patogenetica, gli autori hanno valutato e dosato, in corso di episodio acuto simil-influenzale, la carica del virus dell'influenza A ai giorni 1, 4 e 7 dall'inizio dell'infezione. Sebbene non vi fosse alcuna differenza nella carica virale al 1° giorno dell'infezione (alta in entrambi i gruppi), questa era significativamente ridotta al 4° e al 7° giorno di infezione nel gruppo in supplementazione con la dose maggiore. Questo ultimo risultato lascia intendere come effettivamente la dose giornaliera di VD a un dosaggio di 1.200 UI possa determinare un effetto immunologico reale, interferendo dapprima con la carica virale e determinando quindi degli effetti clinici significativi (minor durata di febbre, tosse, dispnea). È chiaro che si tratta di un singolo studio e che contribuisce al dibattito ancora molto controverso sul possibile effetto immunologico della supplementazione con VD. È uno studio in aperto, ma con una buona numerosità e centrato su una fascia d'età in cui l'azione preventiva risulta di estremo interesse. Nello studio si dimostra anche che la supplementazione ad alto dosaggio (1.200 UI/die) nei 4 mesi di terapia determina un significativo incremento dei livelli sierici di VD, maggiore che in quelli trattati con il basso dosaggio (400 UI/die) (Fig. 2). È chiaro che non dobbiamo dosare i livelli di VD, ma forse dobbiamo ripensare al dosaggio di supplementazione (maggiore) per ottenere un effetto im-

FIGURA 1.

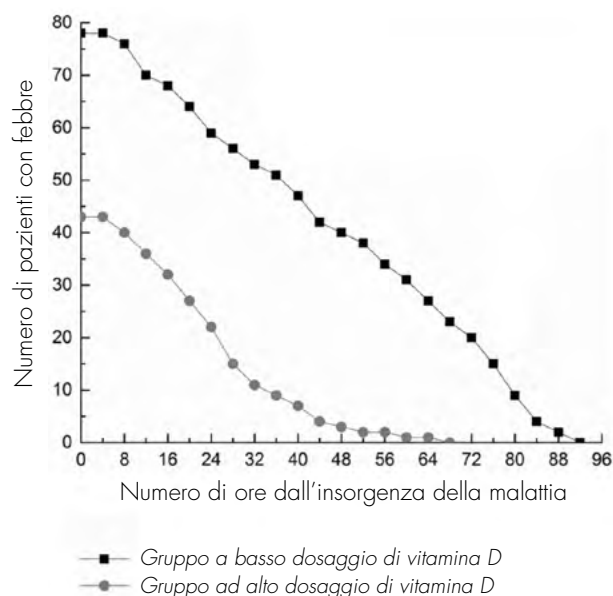
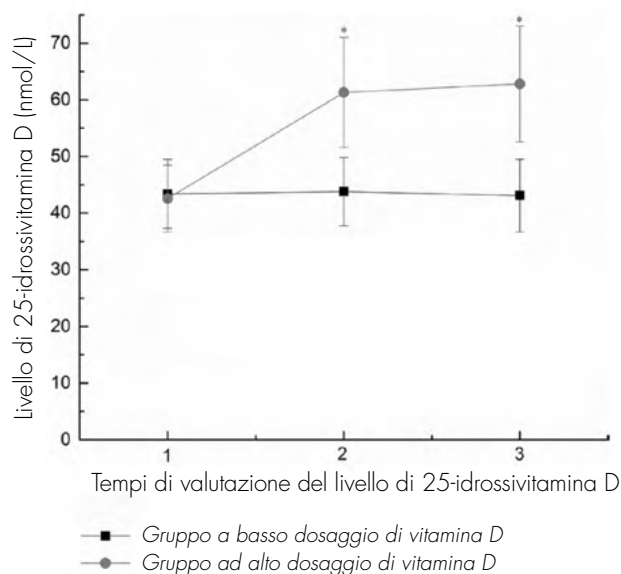


FIGURA 2.



munologico significativo, cosa che ci siamo sempre detti ma che con questi risultati ottiene maggior forza di evidenza. Questo, in particolare, va applica-

to ai bambini dopo il primo anno di vita, che dopo i primi 12 mesi di apporto regolare con 400 UI/die come da linee guida si trovano in una potenziale situazione di rischio per ipovitaminosi D, legata alla dieta (scarso apporto), alla mancata esposizione solare, alla mancata supplementazione. È chiaramente l'età nella quale le infezioni virali hanno maggior incidenza e ricorrenza e nella quale, alla luce dei risultati di questo lavoro, ottenuti con una

dose maggiore e per un tempo di somministrazione di 4 mesi, la prevenzione con supplementazione di VD va, a mio parere, considerata.

In conclusione, lo studio suggerisce che il trattamento con la dose maggiore di VD ha esercitato un effetto antivirale significativo, con una più pronta risoluzione clinica, assicurando al contempo ottimi dati di sicurezza, non essendo stati registrati avven- ti avversi.

ilmedicopediatra 2020;29(1):35

Ricordo di Carmelo Cibella

Milena Lo Giudice
Pediatra di Famiglia, Palermo


All'età di 94 anni si è spento a Palermo il dr. Carmelo Cibella, Lino, come lo chiamavamo noi tutti suoi amici. Pediatra di Famiglia militante FIMP della prima ora, battagliero, arguto, determinato. La sua vita professionale ha avuto avvio nei quartieri più difficili e marginali di Palermo ed è stata sempre caratterizzata da un approccio cauto nell'impiego dei farmaci. Ha ricoperto nella nostra Federazione cariche istituzionali, essendo stato per parecchi anni segretario regionale per la Sicilia, ma soprattutto è stato l'anima trascinante per noi, giovani d'allora, facendo crescere la FIMP nei suoi aspetti professionali e culturali.

Eravamo alla fine degli anni Ottanta e un gruppo nazionale di Pediatri FIMP – io ero tra questi – aveva iniziato a Montecatini un corso per animatori di formazione secondo le metodiche di andragogia basate sull'apprendimento attivo teorizzate dal prof. Jean Jacques Guilbert: una rivoluzione per quei tempi in cui l'aggiornamento avveniva solo attraverso lo studio personale o congressi passerella per i soliti noti docenti universitari. Lino era già ultrasessantenne, ma aderì alla mia proposta di applicare il nuovo metodo di formazione in Sicilia con l'entusiasmo di un ventenne. Come presidente regionale si adoperò perché in Sicilia si organizzassero corsi di formazione residenziali con obiettivi di apprendimento formulati sui bisogni formativi specifici dei Pediatri di Famiglia. I corsi andarono avanti per diversi anni e costituiscono ancora oggi un ricordo caro per tutti i Pediatri che poterono parteciparvi, ebbero come risvolto la crescita professionale dei colleghi dell'isola e facilitarono le relazioni interpersonali in quei tempi in cui il nostro lavoro si svolgeva in solitudine nell'isolamento degli ambulatori.

Lino Cibella è stato inoltre uno dei più ferventi soci fondatori della DI.STU.RI (Divisione Studi e Ricerche della FIMP Palermo) e per quasi dieci anni ha diretto il periodico "Il pediatra di famiglia" da lui fondato. Ha sempre sostenuto un uso parsimonioso e "giudizioso" dei farmaci in Pediatria; per l'impiego particolarmente contenuto di antibiotici era stato addirittura oggetto di inchiesta nella stampa locale che paventava in tale comportamento pauciprescrittivo una possibile malpractice... così andavano le cose!

Lino è stato uno dei "Grandi Vecchi" della FIMP ed ha contribuito a traghettare la nostra Federazione, al di là delle legittime istanze sindacali, verso una consapevolezza che non può fare a meno della formazione professionale e umana continua.

How to cite this article: Milena Lo Giudice.
Ricordo di Carmelo Cibella. *il Medico
Pediatra* 2020;29(1):35.

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>