

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri



Il Self-Help del Pediatra di Famiglia

Utilizzo della diagnostica di 1° livello
nello studio del Pediatra di Famiglia

Il Pediatra di Famiglia di fronte alla scelta
vegetariana delle famiglie

Carta dei Diritti del bambino promossi
e tutelati dal Pediatra di Famiglia

Influenza 2021-22.
Non abbassiamo la guardia



**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

3 2021

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.pacinieditore.it

DIVISIONE PACINI EDITORE MEDICINA

Fabio Poponcini, Sales Manager
Tel. 050 31 30 218 • fpoponcini@pacinieditore.it

Manuela Amato, Business Development Manager
Tel. 050 31 30 255 • mamato@pacinieditore.it

Alessandra Crosato, Sales Manager
Tel. 050 31 30 239 • acrosato@pacinieditore.it

Manuela Mori, Advertising and New Media
Manager
Tel. 050 31 30 217 • mmori@pacinieditore.it

REDAZIONE

Lucia Castelli
Tel. 050 31 30 224 • lcastelli@pacinieditore.it

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Massimo Arcidiacono
Tel. 050 31 30 231 • marcidiacono@pacinieditore.it

STAMPA

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



attualità

1 Utilizzo della diagnostica di 1° livello nello studio del Pediatra di famiglia

F. Bassi, N. Parise, L. Ventura, M. Doria, M. Fiore,
M.M. Mariani, V. Spanevello

27 Il Pediatra di famiglia di fronte alla scelta vegetariana delle famiglie

M.A. Tosatti, M. Doria

attività professionale

33 Carta dei Diritti del bambino promossi e tutelati dal Pediatra di famiglia

M. Lo Giudice, M. Doria

37 Influenza 2021-22. Non abbassiamo la guardia

G. Vitali Rosati

approfondimenti e notizie

44 Malattie rare: focus sulla neurofibromatosi di tipo 1 (NF-1)

G. Annicchiarico

news

48 Ostetricia per profani: assistenza al parto fisiologico e distocico. Cosa fare ... e cosa non fare Corso di formazione teorico-pratico

ilmedicopediatra 2021;30(3):1-26;
doi: 10.36179/2611-5212-2021-47


 Federazione Italiana Medici Pediatri

 UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA


 FARSTAT
Formazione, Analisi, Ricerca, Statistica

Dipartimento di Scienze
Statistiche
Via Cesare Battisti 241
35131 Padova
far@stat.unipd.it

Indagine conoscitiva della Federazione Italiana Medici Pediatri su: Utilizzo della diagnostica di 1° livello nello studio del Pediatra di famiglia

Padova, 21 settembre 2021

Francesca Bassi¹, Nicoletta Parise¹, Laura Ventura¹, Mattia Doria²,
Michele Fiore², Marco Maria Mariani², Valter Spanevello²

¹ Dipartimento di Scienze Statistiche, Università di Padova;

² Federazione Italiana Medici Pediatri

Corrispondenza

Mattia Doria

mattiadoria@fimp.pro

How to cite this article: Bassi F, Parise N, Ventura L, et al. Indagine conoscitiva della Federazione Italiana Medici Pediatri su: Utilizzo della diagnostica di 1° livello nello studio del Pediatra di famiglia. Il Medico Pediatra 2021;30(3):1-26. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2021-47>

© 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>

1. La rilevazione dati e il campione

Le informazioni qui riportate provengono dall'indagine statistica condotta da FIMP nel mese di febbraio 2021. L'obiettivo dell'indagine era ottenere una fotografia dell'attuale organizzazione dello studio del Pediatra di famiglia in ordine all'utilizzo della diagnostica di 1° livello (altrimenti detta *Self-Help* o prestazioni di particolare impegno professionale) orientata sia alle attività di screening previste dal Progetto Salute Infanzia, sia ai test/strumenti utili a ottimizzare il processo di *decision-making* di fronte alle più frequenti patologie acute per come esse si presentano nell'ambito delle cure primarie.

L'indagine è stata condotta via web inviando a tutti i Pediatri iscritti alla Federazione un link per accedere alla compilazione di un questionario. I rispondenti sono 1.738 su 4.928 (35%). Il tasso di risposta varia molto da Regione a Regione. Come si può osservare nella Tabella I, nel campione di rispondenti la distribuzione per Regione risulta per gran parte sovrapponibile a quella che caratterizza la popolazione complessiva. Nel campione risultano leggermente sovrarappresentate le regioni

TABELLA I.**I Pediatri che hanno partecipato alla rilevazione per Regione.**

	N.	% Campione	% Popolazione (iscritti FIMP)		Tasso di risposta (n. rispondenti/ n. associati)
Abruzzo	20	1,2	1,9		21,5%
Basilicata	16	0,9	1,1		30,8%
Calabria	63	3,6	3,9		33,0%
Campania	142	8,2	12,6	-	22,9%
Emilia Romagna	120	6,9	9,0	-	27,0%
Friuli Venezia Giulia	31	1,8	1,7		37,3%
Lazio	113	6,5	6,3		36,2%
Liguria	94	5,4	3,0	+	64,4%
Lombardia	96	5,5	4,4		44,4%
Marche	56	3,2	2,8		40,3%
Molise	2	0,1	0,7		5,7%
Piemonte	141	8,1	5,9	+	48,8%
Puglia	147	8,5	10,0		30,0%
Sardegna	34	2,0	2,5		27,9%
Sicilia	134	7,7	11,1	-	24,4%
Toscana	222	12,8	8,0	+	56,1%
Trentino Alto Adige	33	1,9	2,5		26,4%
Umbria	33	1,9	2,0		32,7%
Valle d'Aosta	4	0,2	0,1		57,1%
Veneto	237	13,6	10,4	+	45,8%

Veneto, Toscana, Liguria e Piemonte e leggermente sotto rappresentate Campania, Emilia Romagna e Sicilia. Nelle Tabelle che seguono si riportano le principali caratteristiche anagrafiche dei rispondenti. Per quanto riguarda il genere si sottolinea che la maggior parte dei rispondenti è donna e, in relazione all'età, si sottolinea che l'età media dei Pediatri rispondenti è pari a 59 anni; le donne sono in media un po' più giovani (57,7). La descrizione del campione comprende anche informazioni relative all'esperienza professionale e alle modalità organizzative adottate nella pratica lavorativa. Queste informazioni sono state raccolte per andare a verificare, come si mostrerà in seguito, se il grado di utilizzo della diagnostica di 1° livello dipenda anche

TABELLA II.**I Pediatri che hanno partecipato alla rilevazione per genere e classe d'età.**

		N.	%
Genere	Donne	1149	67,1
	Uomini	589	33,9
Età	30-34	15	0,9
	35-39	42	2,4
	40-44	78	4,5
	45-49	83	4,8
	50-54	121	7,0
	55-59	366	21,1
	60-64	614	35,3
	65-69	419	24,1

TABELLA III.**I Pediatri che hanno partecipato alla rilevazione per anzianità di lavoro, numero di assistiti, organizzazione e presenza di un collaboratore.**

		N.	%
Anni di esperienza	< 5	165	9,5
	5-9	100	5,8
	10-14	105	6,0
	15-19	127	7,3
	20-24	189	10,9
	25-29	384	22,1
	30-34	378	21,7
	35-39	263	15,1
	> 39	27	1,6
Numero di assistiti	< 600	70	4,0
	600-700	89	5,1
	700-800	166	9,6
	800-900	407	23,4
	900-1.000	338	19,4
	1.000-1.099	338	19,4
	1.100-1.199	190	10,9
	> 1.199	140	8,1
Organizzazione	Pediatria di gruppo	378	21,7
	Pediatria in associazione	715	41,1
	Pediatria di rete	829	11,7
	Singolo	173	25,4
Collaboratore	Infermiera	51	2,9
	Segretaria	829	47,7
	Infermiera e segretaria	173	10,0
	Nessuno*	658	39,4

* Fra coloro che non hanno alcun collaboratore, il 15% ha intenzione di dotare lo studio di un'infermiera, il 17,3% di una segretaria e il 6,6% di entrambe, mentre la stragrande maggioranza (61,1%) conferma la decisione di continuare a lavorare da solo.

dall'esperienza professionale e dall'organizzazione del lavoro.

Dai dati soprariportati emerge come evidenza che si tratta di un campione di Pediatri molto eterogeneo, sia per quanto riguarda le caratteristiche anagrafiche, sia per quanto riguarda l'esperienza professionale e le modalità di lavoro adottate. Ci sono Pediatri che esercitano la professione da meno di 5 anni e Pediatri che lavorano da più di 40. Un quarto dei Pediatri

ha un numero di assistiti inferiore a 800, mentre un altro quarto ne risulta avere ben più di 1.100. La modalità organizzativa prevalente è la Pediatria in Associazione (41,1%), ma non mancano i Pediatri che lavorano da soli (25,4%). Circa la metà è già riuscito ad avvalersi del supporto di una segretaria (47,7%), mentre il 39,9% non può contare sul supporto di un collaboratore e più della metà di questi ultimi intende continuare a farlo.

Per completare la descrizione del campione dei rispondenti l'analisi prosegue mettendo in evidenza le relazioni che legano fra di loro le caratteristiche sopra descritte. Nelle Tabelle IV e V vengono elencate tutte le associazioni tra le caratteristiche delle variabili risultate fra loro significative.

L'età dei rispondenti è significativamente diversa per Regione: ci sono Regioni in cui quasi la maggior parte dei Pediatri che hanno partecipato alla ricerca (75%) ha più di 60 anni (Umbria) e ci sono Regioni in cui la quota di Pediatri ultra 60 scende al 25% (Trentino-Alto Adige).

La classe d'età risulta variare sensibilmente anche per genere, tipo di organizzazione e collaboratore.

I Pediatri di genere maschile risultano tendenzialmente più grandi delle colleghe. La tendenza a lavorare da soli è più frequente tra i Pediatri più giovani e la propensione a dotarsi di un collaboratore cresce all'aumentare dell'età. Da sottolineare che, invece, il numero di assistiti risulta indipendente dall'età del medico Pediatra.

L'anzianità di servizio non risulta associata con le altre caratteristiche, neanche con l'età.

Il numero di assistiti è significativamente più elevato per i medici donna.

Come era ragionevole attendersi, il numero di assistiti è più elevato per chi lavora in forma associata e per chi è dotato di un collaboratore. È ragionevole pensare che la forma associata e la disponibilità di un collaboratore facilitino nella presa in carico di un numero di assistiti più grande.

Infine, i dati raccolti confermano che è più frequente la presenza di un collaboratore nelle pediatrie di gruppo o in associazione.

2. La diffusione degli strumenti per la diagnostica di 1° livello

Nella Tabella VI gli strumenti diagnostici sono ordinati secondo la percentuale di Pediatri che li giudicano utili o indispensabili (dalla più grande alla più piccola). Per ciascuno strumento sono indicate anche la percentuale di medici che li usano abitualmente (tra coloro che

li posseggono) e che intendono acquistarli (tra coloro che non li posseggono). Analizzando le graduatorie sotto riportate si possono identificare gli strumenti più diffusi e quelli invece che risultano propri solo di alcune realtà. Molte sono le riflessioni che si possono condurre sui dati sotto riportati: gli strumenti più diffusi sono anche economicamente più accessibili? Gli strumenti meno diffusi sono anche quelli che sono stati introdotti nella Pediatria solo in tempi recenti? Di seguito, a titolo di stimolo, si riportano alcune riflessioni e si rimanda all'Allegato 1 per ulteriori considerazioni e approfondimenti. Il questionario non fa emergere il ruolo degli Accordi Integrativi Regionali e dei Patti Aziendali che, in alcune realtà regionali e aziende sanitarie/ULSS, incentivano l'utilizzo degli strumenti di diagnostica di 1° livello.

Fra gli strumenti e i test utilizzati per la diagnosi delle patologie acute, gli strumenti ritenuti indispensabili da quasi la totalità dei rispondenti (più del 90%) sono il test per lo *streptococco*, il *pulsossimetro* e il *mutistix-urine*. Fra gli strumenti per lo screening, il podio è occupato dalla tavola ottotipica, lo stereo test e l'oftalmoscopio, con percentuali di rispondenti che li ritengono indispensabili che vanno dall'84 all'87%. Da sottolineare che, anche se pochi, ci sono alcuni Pediatri che ritengono questi stessi strumenti poco utili, non li possiedono e non sono interessati ad acquistarli. In tutti e 6 gli strumenti che occupano i due podi si rilevano percentuali di Pediatri che non li posseggono e che non sono interessati all'acquisto: per gli strumenti utilizzati nella diagnosi di patologie acute queste percentuali non superano il 5% del totale dei rispondenti, mentre per gli strumenti utilizzati nello screening si collocano tra il 5 e l'11%.

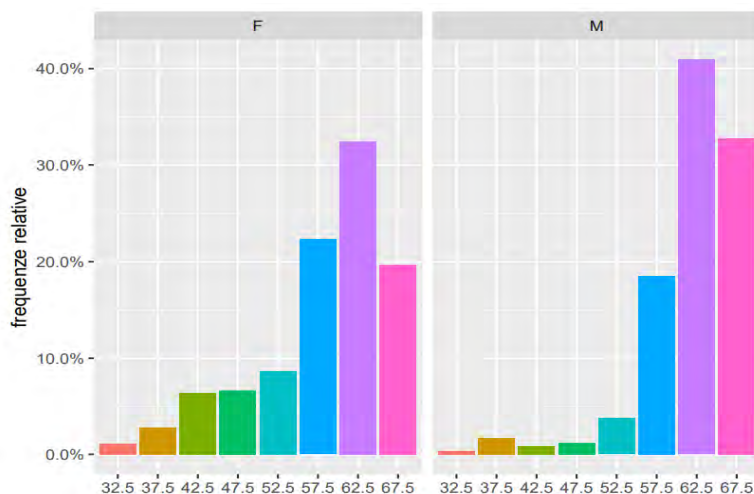
Il possesso o meno degli strumenti risulta essere solo in minima parte spiegato dal costo. Sono numerosi gli strumenti ritenuti inutili dalla maggior parte dei Pediatri che hanno partecipato all'indagine. Percentuali di Pediatri superiori all'80% dichiarano, infatti, di non disporre e di non essere interessati all'acquisto dei seguenti strumenti: *elettrocardiografo*, *strumento per il*

TABELLA IV.

Le associazioni significative tra le caratteristiche del rispondente.

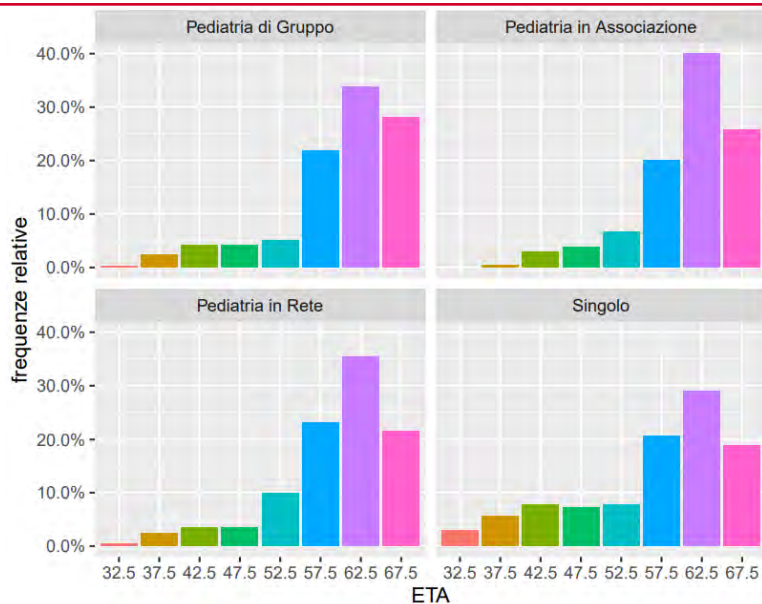
Età e genere

Gli uomini hanno un'età sensibilmente maggiore delle colleghe donne



Età e organizzazione

L'età è significativamente più bassa in chi è "singolo". Negli altri tipi di organizzazione presenta la stessa distribuzione



Età e collaboratore

L'età è significativamente più alta in chi ha sia una segretaria sia un'infermiera. Negli altri tipi di collaborazione l'età presenta la stessa distribuzione

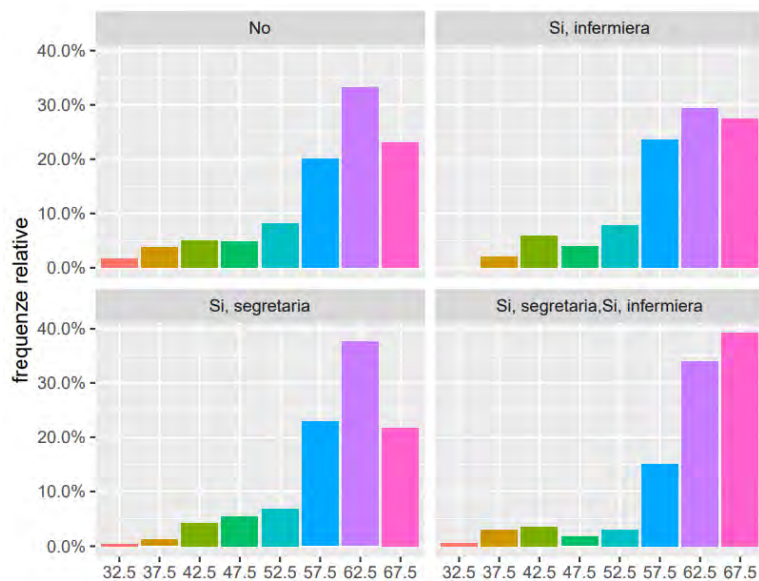
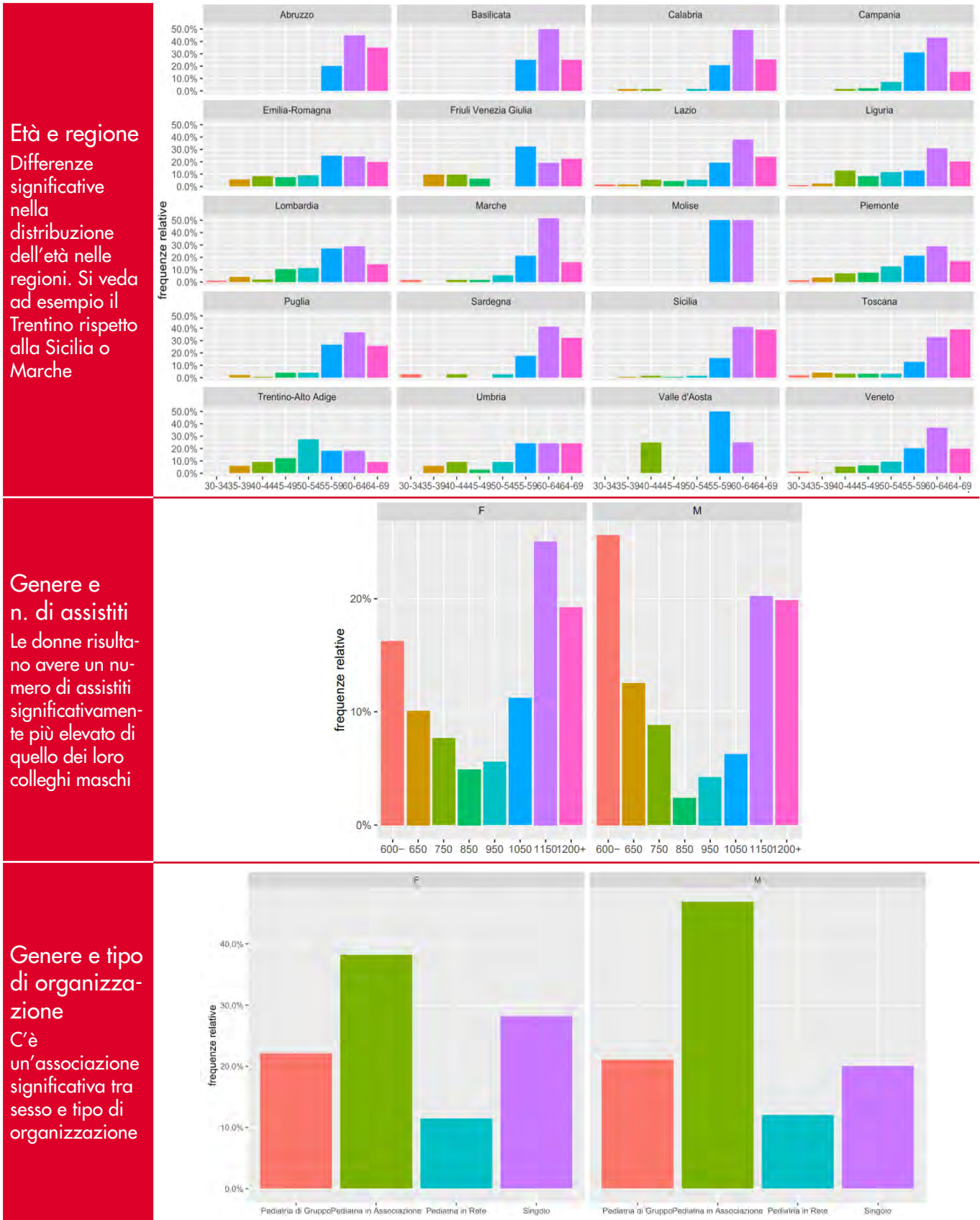


TABELLA V.
Le associazioni significative tra le caratteristiche del rispondente.



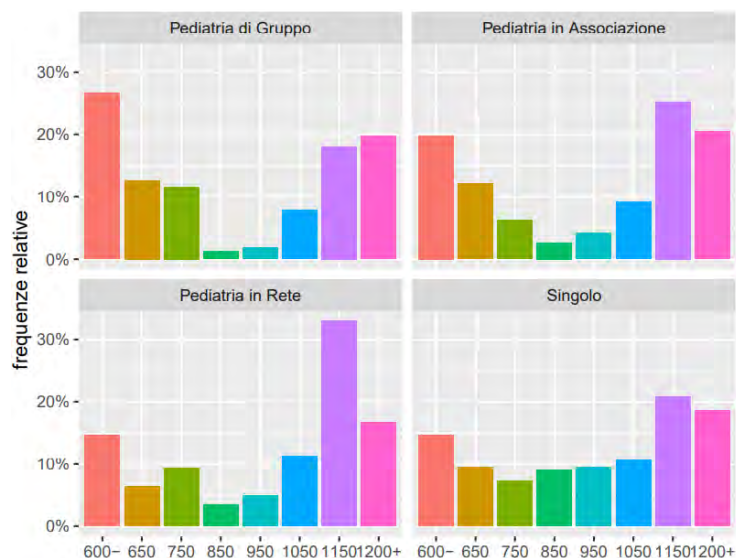
(continua)

TABELLA V (segue).

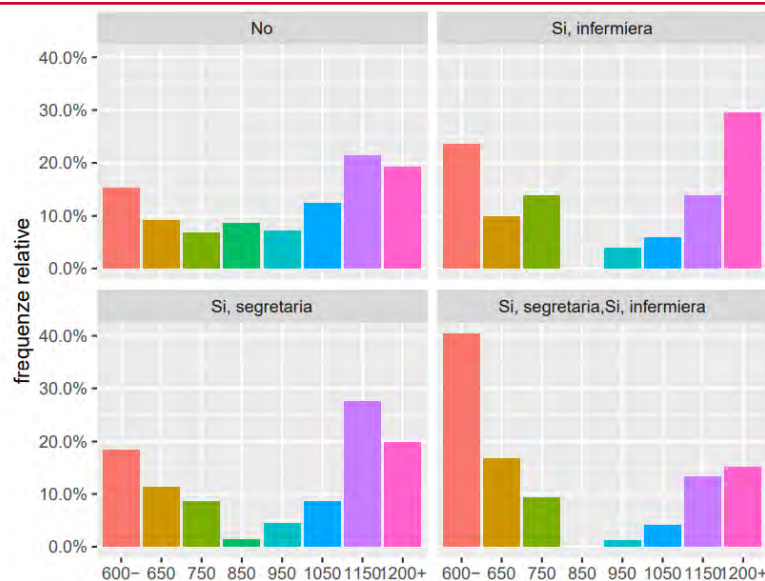
Le associazioni significative tra le caratteristiche del rispondente.

N. di assistiti e tipo di organizzazione

Il numero di assistiti è diverso per il Pediatra singolo, che presenta una distribuzione più uniforme

**N. di assistiti e collaboratore**

Il numero di assistiti è significativamente diverso quando sono presenti sia un'infermiera sia una segretaria. Negli altri tipi di collaboratori presenta la stessa distribuzione

**Tipo di organizzazione e collaboratore**

Il singolo più frequentemente non ha una segretaria/infermiera, mentre in gruppo si ha più frequentemente una segretaria o una segretaria/infermiera. In associazione o in rete si ha la segretaria o nessuno



TABELLA VI.**Il ranking degli strumenti.**

	Utile o indispensabile	Possesso	Uso abituale (solo per chi lo possiede)	Interesse ad acquistarlo (solo per chi non lo possiede)	% di Pediatri che, non possedendo lo strumento, non intende acquistarlo
Strumenti per diagnosi e gestione di patologia acuta					
Streptococco	95,80%	96,30%	76,60%	32,80%	2,49%
Pulsossimetro	92,80%	94,90%	39,40%	42,00%	2,96%
Multistix urine	90,60%	89,60%	61,30%	53,60%	4,83%
SARS-CoV-2 *	69,60%	55,90%	37,60%	22,10%	34,35%
Glucometro	64,40%	52,00%	22,00%	41,40%	28,13%
PCR	60,60%	19,00%	46,50%	47,50%	42,53%
Otoscopio pneumatico	53,10%	44,00%	55,00%	21,10%	44,18%
Skin prick	51,60%	25,50%	59,40%	28,10%	53,57%
Emocromo	46,30%	3,20%	64,30%	31,40%	66,40%
Uricult	48,50%	7,00%	46,30%	45,80%	50,41%
Dermatoscopio	42,80%	18,00%	34,60%	32,00%	55,76%
Spirometro	42,20%	22,30%	30,00%	24,70%	58,51%
Impedenzometro	33,40%	9,70%	53,60%	23,30%	69,26%
Elettrocardiografo	23,10%	4,80%	33,30%	12,50%	83,30%
IgE	21,30%	1,80%	34,40%	14,70%	83,76%
Microscopio	13,60%	3,60%	22,20%	7,30%	89,36%
Strumenti per lo screening (bilanci di salute)					
Tavola ottotopica	87,20%	90,40%	96,70%	42,50%	5,52%
Stereotest	87,90%	87,10%	97,60%	41,80%	7,51%
Oftalmoscopio	84,30%	82,70%	79,10%	35,90%	11,09%
Scoliometro	80,10%	81,40%	60,00%	30,60%	12,91%
Boel test	79,70%	81,40%	96,30%	28,40%	13,32%
Podoscopio	77,60%	62,20%	82,80%	41,70%	22,04%
Orchidometro	73,50%	86,20%	42,00%	37,60%	8,61%
Autovideorefrattometro	17,70%	2,70%	95,70%	12,70%	84,94%

* Il 27,1% lo utilizza in strutture messe a disposizione dall'Azienda Ospedaliera.

dosaggio delle Ige specifiche, microscopio e autovideorefrattometro. È possibile dedurre che molti fra i Pediatri rispondenti condividano la convinzione che questi strumenti afferiscano più alla medicina specialistica che alla medicina di base.

Come si osserva dai dati sopra riportati, fortunatamente, vi è un'elevata correlazione tra rilevanza e possesso di ciascun strumento. In altre parole, i Pediatri che hanno partecipato alla ricerca, tendenzialmente, dichiarano di riuscire a fruire degli stru-

TABELLA VII.

La relazione tra possesso e rilevanza di ciascun strumento per la diagnosi delle patologie acute e per lo screening.

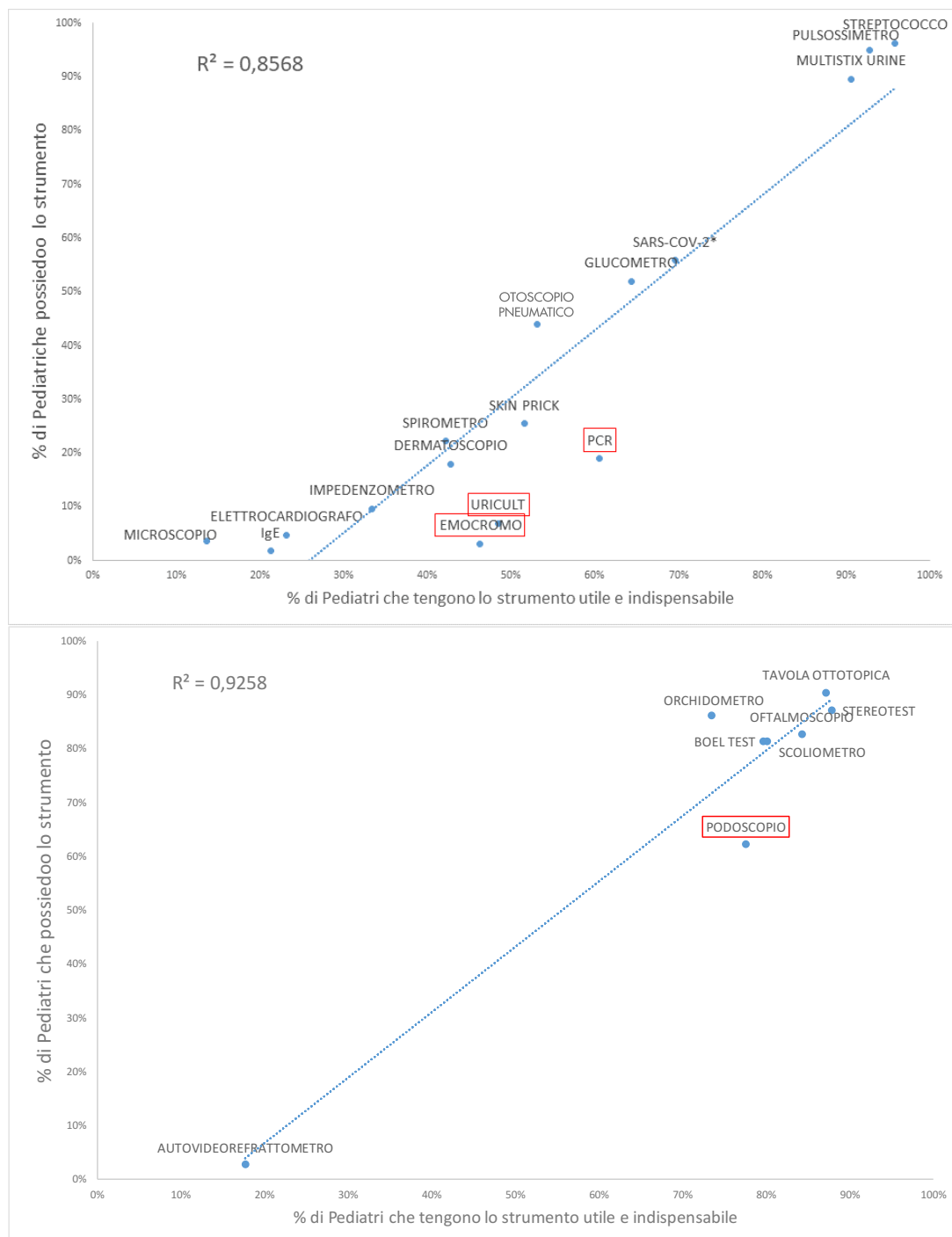
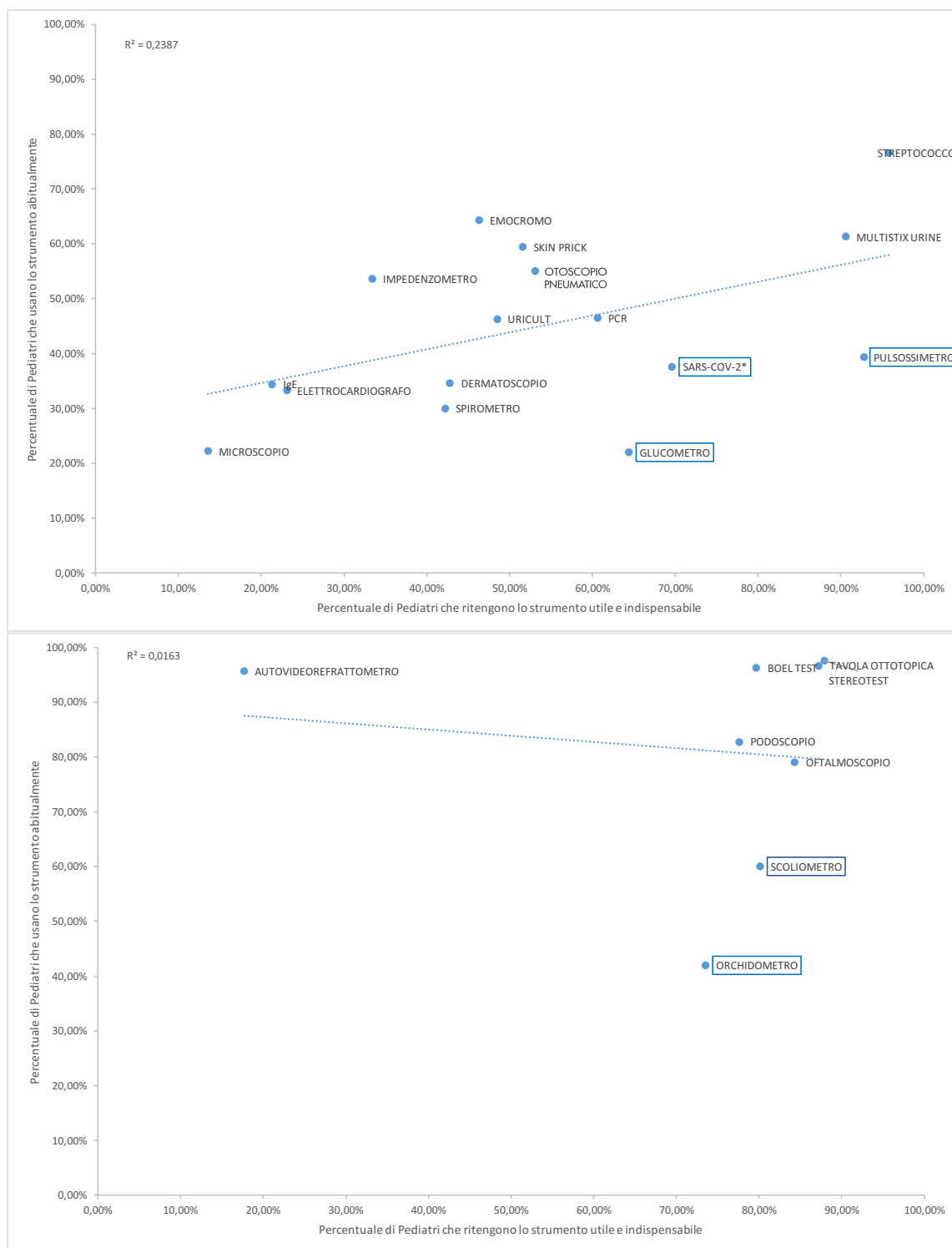


TABELLA VIII.

La relazione tra rilevanza e utilizzo di ciascun strumento per la diagnosi delle patologie acute e per lo screening.



menti che ritengono più utili per la diagnosi e anche per lo screening.

Per entrambe le tipologie di strumenti si rileva un'elevata correlazione fra le due misure a indicare che i Pediatri hanno a loro disposizione tutti gli strumenti che ritengono utili e indispensabili per la pratica del loro lavoro.

Tuttavia, anche questa regola non manca di eccezioni che sono evidenziate in rosso nei grafici della Tabella VII. Gli strumenti che si collocano sotto la diagonale sono quelli per cui esiste una certa quota di Pediatri che non dispone dello strumento nonostante lo ritenga utile e indispensabile. Fra gli strumenti utili alla diagnosi della patologia acuta si collocano in questa area critica l'analizzatore per i risultati dell'emocromo, i test rapidi di infezione delle vie urinarie (*uricult*) e l'analizzatore della proteina C reattiva (PCR). Fra gli strumenti utili allo screening, solo il podoscopio si colloca nell'area critica.

L'analisi prosegue andando a mettere in luce la relazione tra **rilevanza** e **frequenza di utilizzo**. L'analisi mira a identificare gli strumenti che sono ritenuti indispensabili nonostante la loro frequenza di utilizzo sia limitata. Qui si rileva una correlazione molto bassa: non sono gli strumenti utilizzati più spesso a essere ritenuti indispensabili. Ci sono strumenti che secondo i Pediatri è indispensabile avere in dotazione anche se vengono utilizzati solo saltuariamente. Fra gli strumenti per la diagnosi questo vale principalmente per il *pulsossimetro* e fra gli strumenti per lo screening questo vale principalmente per lo *scoliometro* (Tab. VIII).

Per ulteriori approfondimenti sulle relazioni che legano fra loro utilità, possesso, utilizzo e interesse all'acquisto degli strumenti per la diagnostica di 1° livello si riportano in allegato i grafici costruiti per ogni coppia di variabili (Allegato 1).

3. Le disuguaglianze nell'accesso alla strumentazione per la diagnostica di 1° livello

L'accesso agli strumenti per la diagnostica di 1° livello risulta molto eterogeneo. Le analisi condotte mettono in

evidenza la presenza di numerose differenze nei comportamenti dei Pediatri. Le caratteristiche anagrafiche e professionali del medico e, soprattutto, il contesto in cui lavora risultano condizionare la posizione del Pediatra rispetto all'utilizzo o meno degli strumenti per la diagnostica di 1° livello.

Nei grafici riportati nella Tabella IX vengono messe in evidenza tutte le differenze rilevate.

In relazione all'attività di screening, si osserva come la Regione risulti discriminante per tutti gli strumenti presi in considerazione a eccezione dell'*orchidometro*. In relazione alla diagnosi di patologie acute, si osserva come la Regione risulti discriminante per tutti gli strumenti presi in considerazione a eccezione dei test rapidi per le infezioni delle vie urinarie (*urincult*).

Nella lettura dei dati riportati nella Tabella X si raccomanda di tener presente che per alcune Regioni il dato deve essere interpretato con molta cautela perché si basa su un numero di questionari molto basso e, pertanto, poco idoneo a rappresentare l'intera realtà (Abruzzo, Basilicata, Molise, Valle d'Aosta – Tab. I).

L'età, il genere e l'anzianità di lavoro risultano influenzare quasi tutti gli strumenti per lo screening, a eccezione dell'*autovideorefrattometro* e dell'*oftalmoscopio*. Rispetto al genere, si evidenzia un maggior utilizzo da parte dei maschi e, rispetto all'anzianità, un maggior utilizzo da parte di chi ha una esperienza di più lunga durata. L'età, invece, influenza in modo diverso a seconda della tipologia di strumento. Per alcuni sono i medici più giovani a farne maggior uso (ad es. lo *sterotest di lang* o l'*orchidometro*) e per altri sono quelli più maturi (ad es. *podoscopio*, *tavola ottotipica*).

L'età, il genere e l'anzianità di lavoro risultano influenzare solo alcuni degli strumenti per la diagnosi delle patologie acute. La disponibilità in studio di strumenti come il *multistik urine*, il test per lo *streptococco*, l'analizzatore PCR, il test per il COVID non sembrano dipendere né dal genere, né dall'età e nemmeno dall'anzianità di servizio.

Infine, come era ragionevole attendersi, la disponibilità

TABELLA IX.

La disponibilità di strumenti per Regione.

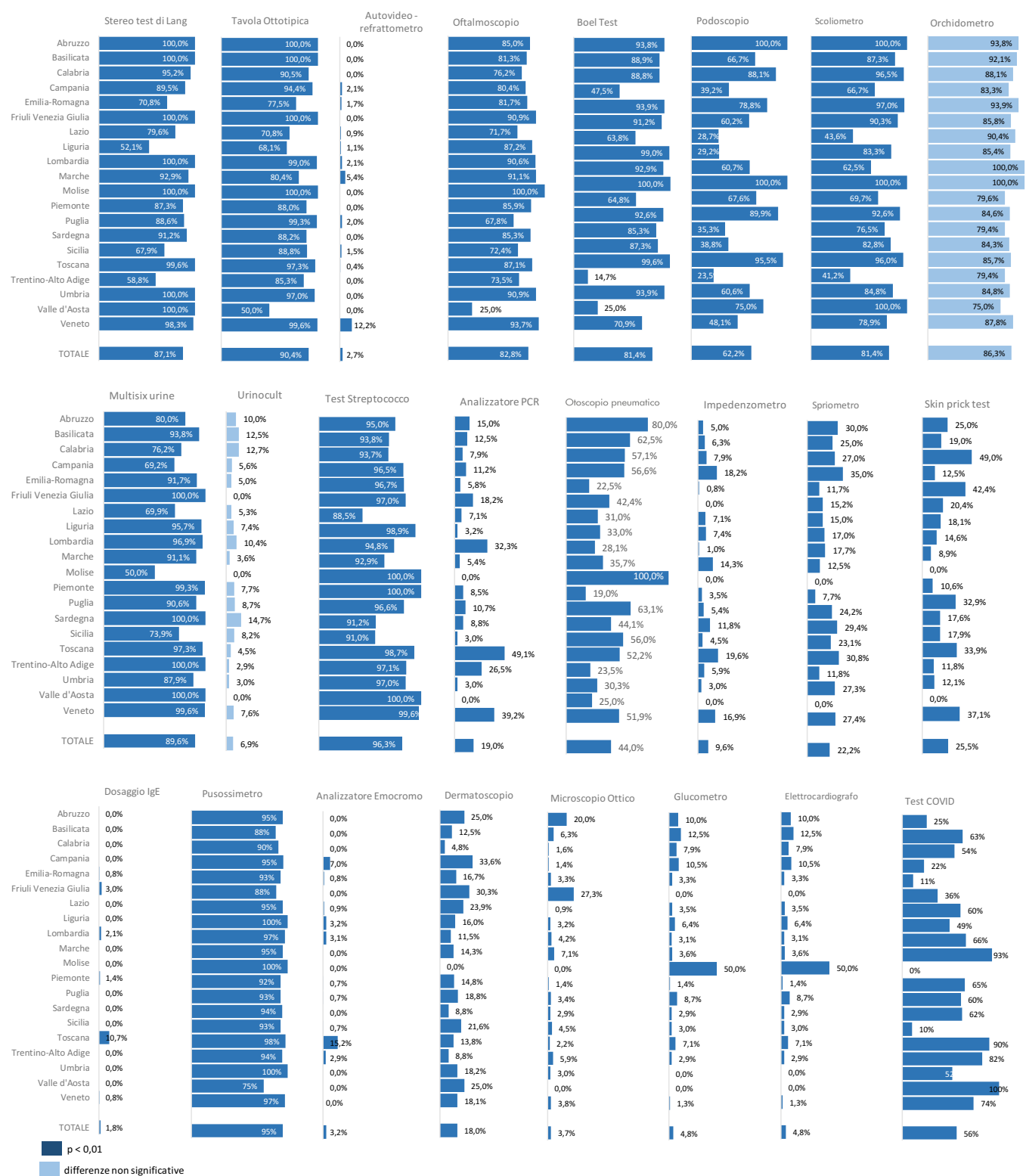


TABELLA X.

La disponibilità di strumenti per genere, età e anzianità del Pediatra.

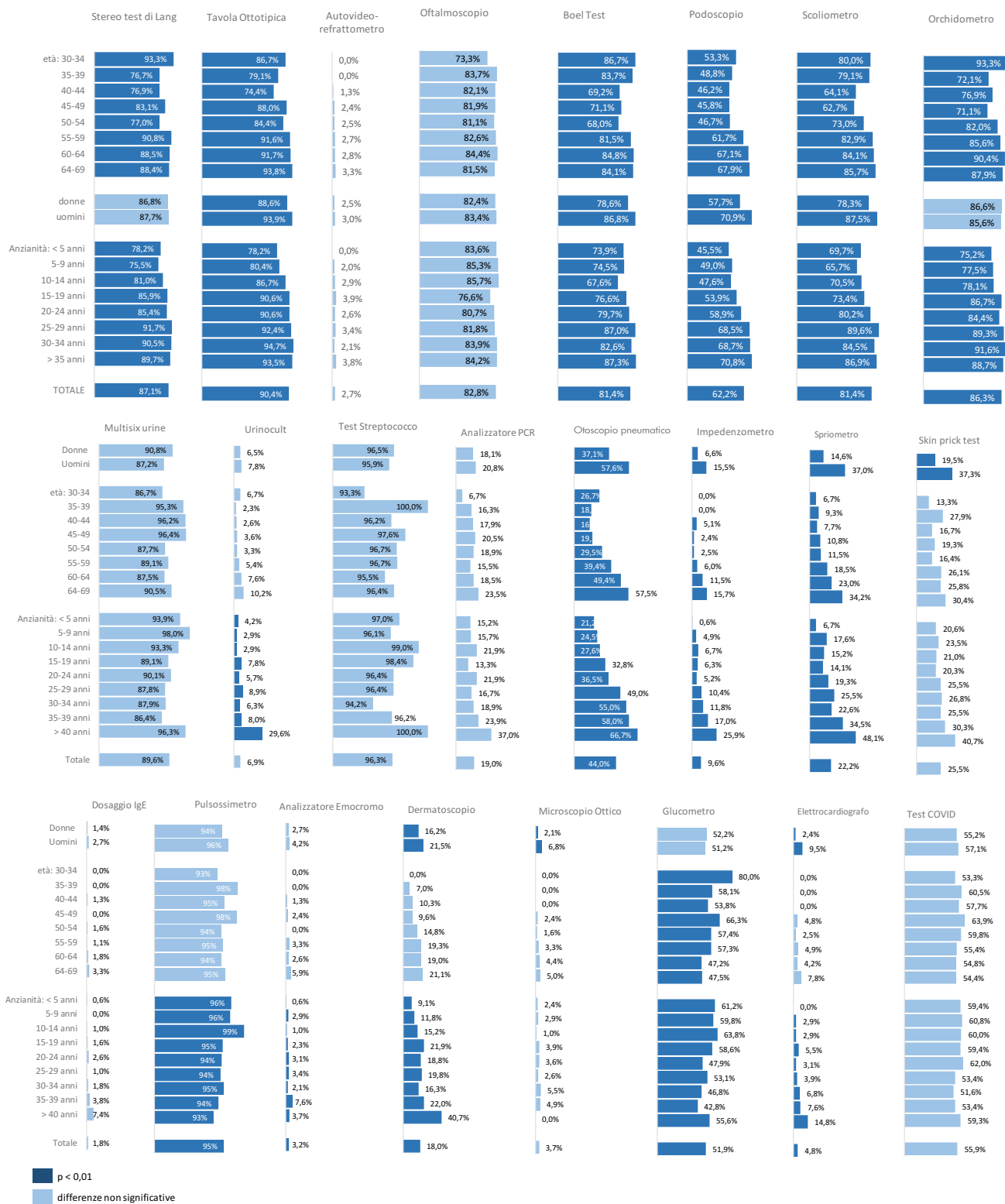


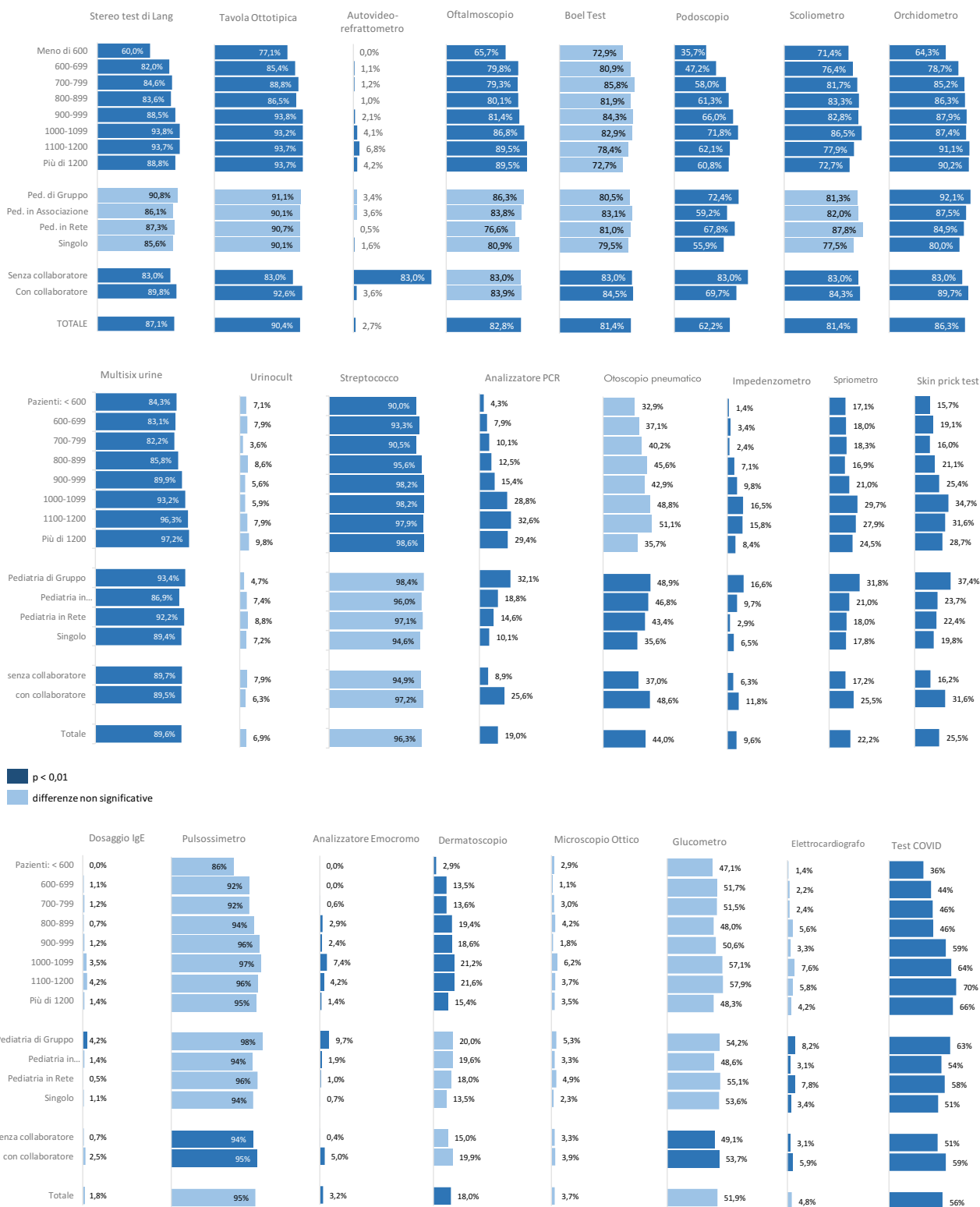
TABELLA XI.**La disponibilità di strumenti per numero di pazienti, tipo di organizzazione e presenza di un collaboratore.**

TABELLA XII.**I profili dei Pediatri per n. di strumenti che possiedono, n. di strumenti che intendono acquistare e n. di strumenti che ritengono indispensabili.**

Valore medio		N.	N. di strumenti posseduti	N. di strumenti interessati ad acquistare	N. di strumenti ritenuti Indispensabili
Tutti			10,3	3,4	3,8
Genere	Maschi	589	11,1	3,5	4,1
	Femmine	1149	9,8	3,4	3,6
Età	30-34	15	9,4	5,7	4,8
	35-39	42	9,1	5,4	4,3
	40-44	78	9,7	5,2	3,6
	45-49	83	8,3	4,3	3,5
	50-54	121	9,2	4,4	3,6
	55-59	366	10,2	3,8	3,8
	60-64	614	10,5	3,2	3,5
	65-69	419	11,0	2,5	4,1
Anni di esperienza	< 5	165	9,0	4,9	3,9
	5-9	100	9,4	4,7	3,6
	10-14	105	9,5	3,6	3,4
	15-19	127	9,8	3,9	3,6
	20-24	189	10,1	3,2	3,9
	25-29	384	10,6	3,7	3,6
	30-34	378	10,5	2,7	4,2
	35-39	263	11,0	2,7	3,6
	>39	27	12,3	2,5	4,9

in studio di alcuni strumenti sembra essere influenzata anche dalle "dimensioni" dello studio in cui il Pediatra lavora. Tendenzialmente la disponibilità degli strumenti tende a essere maggiore quando il numero di pazienti è più elevato. Minore disponibilità si osserva per soggetti che lavorano da soli e con numeri di pazienti più piccoli. Da sottolineare che queste considerazioni non valgono per tutti gli strumenti. Fra gli strumenti per lo screening la disponibilità del *Boel test* non risulta essere influenzata dalla dimensione dello studio. Fra gli strumenti per la diagnosi e il trattamento della patologia acuta non risultano influenzati dalle dimensioni dello studio la disponibilità di *urinocult*, *otoscopio*

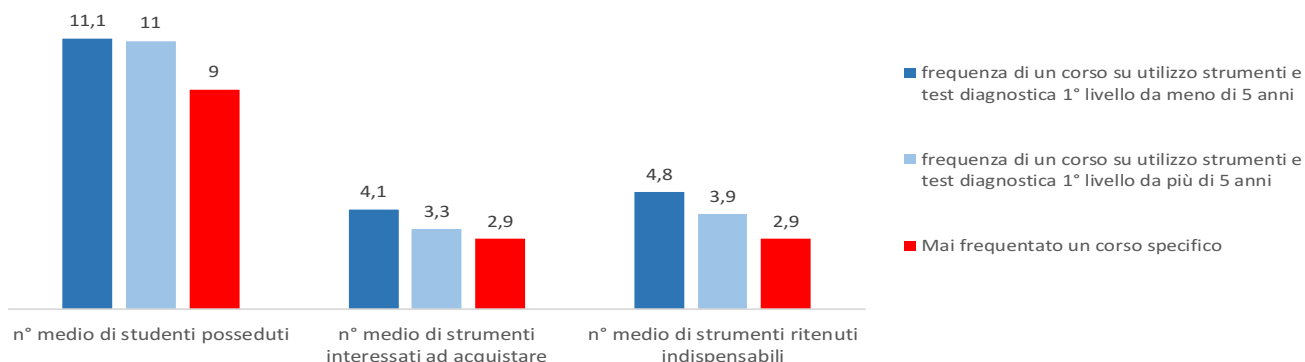
pneumatico, *dosaggio IgE*, *pulsossimetro*, *microscopio ottico* e *glucometro*.

Per approfondimenti sulle disuguaglianze che caratterizzano il grado di accesso dei Pediatri agli strumenti per la diagnostica di 1° livello si riportano in allegato (Allegato 3) i risultati delle analisi delle regressioni logistiche condotte sui dati raccolti per capire quali fattori determinano la probabilità di possedere o meno uno strumento. L'analisi di regressione logistica rappresenta un passo in avanti rispetto all'analisi bivariata riportata nel presente paragrafo perché riesce a descrivere la relazioni tra due variabili al netto dell'influenza delle altre presenti nel modello.

TABELLA XIII.

I profili dei Pediatri per n. di strumenti che possiedono, n. di strumenti che intendono acquistare e n. di strumenti che ritengono indispensabili.

Valore medio		N.	N. di strumenti posseduti	N. di strumenti interessati ad acquistare	N. di strumenti ritenuti indispensabili
Regione	Abruzzo	20	11,3	2,8	4,3
	Basilicata	16	11,4	3	5,3
	Calabria	63	10,2	4,5	4,2
	Campania	142	10,8	3,7	4,4
	Emilia Romagna	120	8	3,8	3,3
	Friuli Venezia Giulia	31	11,2	1,8	4,8
	Lazio	113	9,3	3,4	2,8
	Liguria	94	8,5	4,5	2,4
	Lombardia	96	10,3	2,6	3
	Marche	56	10,1	3,8	2,5
	Molise	2	11	4	5,5
	Piemonte	141	9,3	3,4	3,5
	Puglia	147	10,9	3,9	3,6
	Sardegna	34	10,3	2,9	3,9
	Sicilia	134	8,8	4,7	2,7
	Toscana	222	12,5	2,8	5,5
	Trentino Alto Adige	33	8,2	3	2,8
	Umbria	33	9,8	4,9	4,4
	Valle d'Aosta	4	8,8	4,8	3,8
	Veneto	237	11,2	2,6	4,1
N. di pazienti	<600	70	7,9	5,0	2,9
	600-699	89	9,1	4,4	3,1
	700-799	166	9,5	3,6	3,0
	800-899	407	9,8	3,4	3,5
	900-999	338	10,3	3,3	3,7
	1.000-1.099	338	11,3	3,4	4,7
	1.100-1.199	190	11,2	3,1	4,0
	1200+	140	10,1	2,9	3,9
Organizzazione	Pediatria di gruppo	378	11,3	3,6	4,5
	Pediatria in associazione	715	10,2	3,6	3,6
	Pediatria in rete	829	10,2	3,5	3,6
	Singolo	173	9,6	3,2	3,5
Collaboratore	Infermiera e segretaria	51	13,0	3,6	5,6
	Infermiera	829	10,9	3,5	5,1
	Segretaria	173	10,4	3,3	3,7
	No	658	9,4	2,7	3,3
Frequenza di un corso di formazione	Sì, ultimi 5 anni	441	11,1	4,1	4,8
	Sì, più di 5 anni fa	675	11,0	3,3	3,9
	No	622	9,0	2,9	2,9
Giudizio su strumenti per diagnostica 1° livello	Indispensabile	763	11,4	4,1	5,9
	Utile	891	9,5	3,1	2,1
	Opzionale	66	7,2	1,4	1,2
	Inutile	4	6,0	2,5	0,2

TABELLA XIV.**N. medio di strumenti posseduti, interessati ad acquistare e ritenuti indispensabili per grado di aggiornamento dei Pediatri rispondenti.**

4. I Pediatri più inclini all'utilizzo degli strumenti e dei test per la diagnosi di 1° livello

I risultati riportati nella Tabella XI evidenziano la presenza di disuguaglianze nell'accesso agli strumenti per la diagnostica di 1° livello. I fattori che hanno determinato tali disuguaglianze sembrano variare in base alla specifica tipologia di strumento al quale si riferiscono. Fortunatamente, i fattori culturali sembrano prevalere sui fattori economici perché la disponibilità o meno degli strumenti non sembra essere determinata dal costo degli stessi. Tra i fattori culturali, per alcuni strumenti prevalgono quelli propri del singolo Pediatra (età, genere, anzianità) e per altri prevalgono quelli propri dell'ambiente in cui il professionista lavora (regione, organizzazione dell'ambulatorio, ecc.).

Tali risultati sono confermati anche dalle analisi riportate nelle Tabelle XII e XIII che mettono in evidenza le caratteristiche dei Pediatri più favorevoli e più inclini a dotarsi dell'attrezzatura di supporto alla diagnosi di 1° livello.

Anche in questo caso i risultati della analisi condotte sembrano confermare la presenza di differenze culturali che influenzano in modo significativo il comportamento del Pediatra di fronte alla diagnostica di 1° livello. Questo risultato diventa evidente se si confrontano le risposte fornite da chi ha frequentato o meno un corso specificatamente dedicato all'utilizzo degli strumenti e

all'interpretazione dei risultati dei test. Come mostrato nelle Tabelle XIII e XIV, infatti, i Pediatri più aggiornati sono anche quelli più inclini a dotarsi dell'attrezzatura disponibile nel mercato.

L'analisi prosegue con la descrizione delle caratteristiche del Pediatra che ritiene l'attrezzatura di 1° livello indispensabile. Nella Tabella XV sono riportati gli indici di concentrazione. Un indice superiore a 100 indica che nel gruppo di coloro che giudicano la diagnostica di 1° livello indispensabile, c'è una presenza maggiore di Pediatri con quella caratteristica rispetto al complesso dei rispondenti. In corsivo i valori più alti dell'indice di concentrazione per ciascuna variabile. Per una corretta lettura delle informazioni sotto riportate si raccomanda ancora di tener conto che per alcune Regioni i risultati non sono affidabili perché si basano su un numero di rispondenti troppo basso (ad es. Molise – Tab. II).

Come si legge nei dati sopra riportati, il Pediatra che giudica l'attrezzatura per la diagnostica di 1° livello indispensabile è maschio, ha un'età inferiore a 34 anni e un'anzianità di lavoro di meno di 5 anni, ha un numero di pazienti compreso tra 1.000 e 1.199, è organizzato in Pediatria di gruppo, con infermiera e segretaria, ha frequentato un corso di formazione negli ultimi 5 anni ed è interessato a frequentarne, se non ha già collaboratori, è intenzionato ad acquisirli.

TABELLA XV.**Il profilo del Pediatra che giudica la diagnostica di 1° livello come indispensabile.**

	Modalità	Campione %	Valutazione indispensabile %	Indice di concentrazione*
Genere	Femmina	66,1	60,6	91,68
	Maschio	33,3	39,4	118,32
Età	30-34	0,9	1,3	150,63
	35-39	2,4	3,1	128,28
	40-44	4,5	5,5	122,55
	45-49	4,8	5,2	108,89
	50-54	7,0	6,3	90,49
	55-59	21,1	21,4	101,62
	60-64	35,3	33,6	95,11
	65-69	24,1	23,6	97,89
Anzianità	<5	9,5	11,1	116,8
	5-9	5,8	6,2	106,9
	10-14	6,0	5,9	98,3
	15-19	7,3	6,9	94,5
	20-24	10,9	10,1	92,7
	25-29	22,1	21,5	97,3
	30-34	21,7	21,4	98,6
	35-39	15,1	15,1	100
	> 39	1,6	1,8	112,5
Regione	Abruzzo	1,2	1,0	86,90
	Basilicata	0,9	0,9	97,76
	Calabria	3,6	4,5	124,14
	Campania	8,2	9,8	119,95
	Emilia Romagna	6,9	5,1	73,87
	Friuli Venezia Giulia	1,8	1,8	100,92
	Lazio	6,5	4,3	66,14
	Liguria	5,4	5,5	101,69
	Lombardia	5,5	4,2	76,04
	Marche	3,2	2,8	86,90
	Molise	0,1	0,3	260,70
	Piemonte	8,1	7,2	88,75
	Puglia	8,5	8,1	95,77
	Sardegna	2,0	2,4	122,68
	Sicilia	7,7	4,7	60,96
	Toscana	12,8	17,7	138,57
	Trentino Alto Adige	1,9	1,4	73,73
	Umbria	1,9	1,6	84,27
	Valle d'Aosta	0,2	0,3	130,35
	Veneto	13,6	16,4	120,27

(continua)

TABELLA XV (segue).**Il profilo del Pediatra che giudica la diagnostica di 1° livello come indispensabile.**

	Modalità	Campione %	Valutazione indispensabile %	Indice di concentrazione*
N. assistiti	-600	4,0	3,3	82,50
	600-699	5,1	4,7	92,16
	700-799	9,6	7,3	76,04
	800-899	23,4	19,0	81,20
	900-999	19,4	20,7	106,70
	1000-1099	19,4	22,7	117,01
	1100-1199	10,9	12,8	117,43
	1200+	8,1	9,4	116,05
Organizzazione	Pediatria di gruppo	21,7	25,8	118,63
	Pediatria in associazione	41,1	39,8	96,74
	Pediatria in rete	11,7	11,4	97,60
	Singolo	25,4	22,9	90,05
	No	39,4	33,6	85,25
Presenza collaboratore	Infermiera	2,9	3,8	129,50
	Segretaria	47,7	48	100,63
	Infermiera e segretaria	10,0	14,7	147,68
	No-intenzione	23,9	16,9	70,61
	Infermiera-intenzione	5,9	5,6	95,42
	Segretaria-intenzione	6,8	7,2	106,05
	Infermiera e segretaria-intenzione	2,6	3,7	142,31
Frequenza corso di formazione	No	35,8	29,1	81,31
	Sì, ultimi 5 anni	25,4	30,9	121,78
	Sì, più di 5 anni fa	38,8	40	102,99
Interesse a frequentare un corso di formazione	No	12,1	8,3	68,60
	Sì	87,9	91,7	104,32

* Il valore molto elevato ha poca rilevanza a causa dell'esiguità del campione dei rispondenti.

Per completare l'analisi dei profili dei Pediatri più inclini all'utilizzo della diagnostica di 1° livello si riporta in allegato i risultati dell'analisi dei cluster (Allegato 2).

5. Alcune considerazioni finali

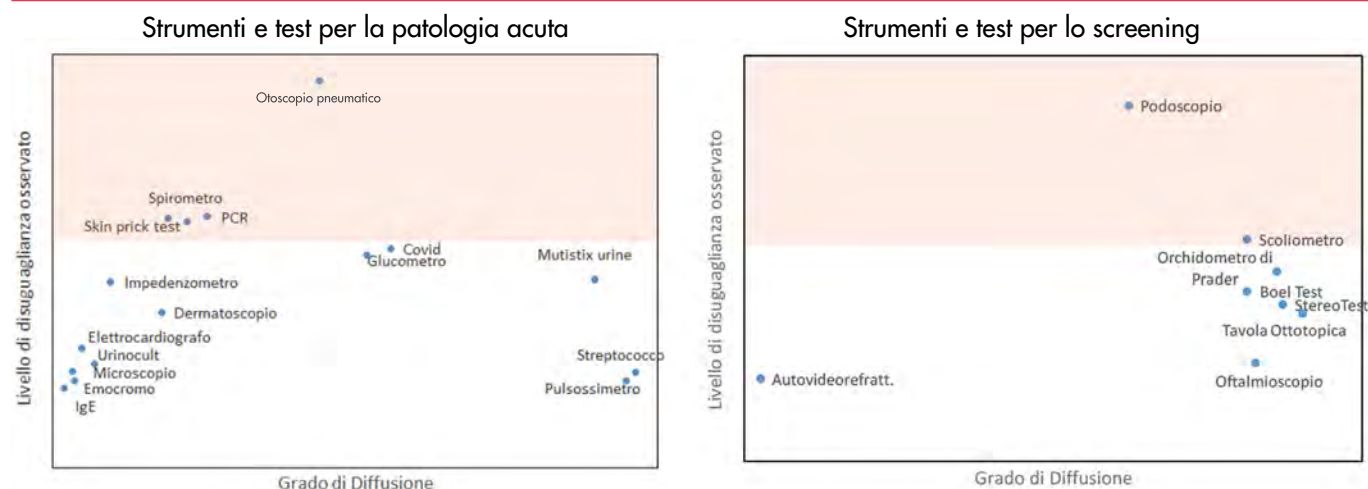
L'interesse dei Pediatri per le apparecchiature diagnostiche di 1° livello risulta molto elevato, come viene messo in evidenza dalla partecipazione alla ricerca *Self-Help* promossa da FIMP nel febbraio 2021. Tale

evidenza viene confermata anche dalle risposte alla domanda finale del questionario mirata a rilevare quanti fossero interessati a frequentare un corso pratico per imparare o aggiornare l'utilizzo della diagnostica di 1° livello (*Self-Help*) nello studio del Pediatra di famiglia. La quasi totalità dei rispondenti dichiara di essere interessato (89,7%).

Oggi l'accesso alla strumentazione e alle apparecchiature risulta molto eterogeneo. Si osservano molte diffe-

TABELLA XVI.

Gli strumenti e le attrezzature per la diagnostica di 1° livello per grado di diffusione (% di Pediatri che dichiarano di disporne) e per livello di disuguaglianza osservato (differenze tra le percentuali calcolate per tipologia di rispondente, vedi paragrafo 3).



renze, soprattutto in riferimento ad alcune tipologie di strumenti e all'appartenenza regionale.

Fra gli strumenti e le attrezzature per la diagnosi della patologia acuta le disuguaglianze più rilevanti tra gruppi di rispondenti si osservano in relazione alla disponibilità di *otoscopio pneumatico*, *spirometro*, *skin prick test* e *PCR*. La percentuale di Pediatri che dichiarano di disporre dell'*otoscopio pneumatico* è pari al 44% se si considera tutto il gruppo di rispondenti, ma la stessa percentuale supera il 60% o risulta inferiore al 20% se si restringe l'analisi solo ad alcune tipologie di Pediatri (vedi paragrafo 3).

Fra gli strumenti e le attrezzature per lo screening le disuguaglianze più rilevanti tra gruppi di rispondenti si osservano in relazione alla disponibilità del *podoscopia*, dello *scoliometro* e dell'*orchidometro di Prader*. La percentuale di Pediatri che dichiarano di disporre del *podoscopia* è pari al 62% se si considera tutto il gruppo di rispondenti, ma la stessa per-

centuale supera il 60% o risulta inferiore al 20% se si restringe l'analisi solo ad alcune tipologie di Pediatri (vedi paragrafo 3). È interessante sottolineare che in relazione alla diagnosi e gestione della patologia acuta, gli strumenti che si collocano nell'area critica (elevate disuguaglianze) sono quelli caratterizzati da un livello di diffusione medio basso (% di Pediatri che ne dispongono inferiori al 50%).

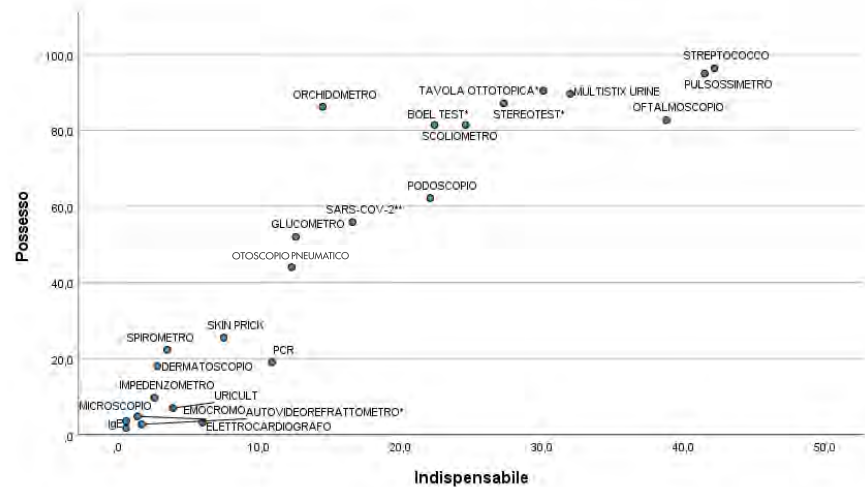
L'eterogeneità osservata nell'accesso alla strumentazione e all'attrezzatura sembra essere almeno in parte spiegata da fattori di origine culturale che cambiano in base all'oggetto preso in considerazione.

Per alcuni strumenti prevalgono i fattori culturali propri del singolo Pediatra (età, genere, anzianità) e per altri prevalgono quelli propri dell'ambiente in cui il professionista lavora (Regione, organizzazione e dimensioni dell'ambulatorio, presenza o meno di un collaboratore). Da sottolineare il ruolo trasversale della Regione che risulta discriminante nell'accesso a quasi tutti gli strumenti presi in considerazione (Allegato 3).

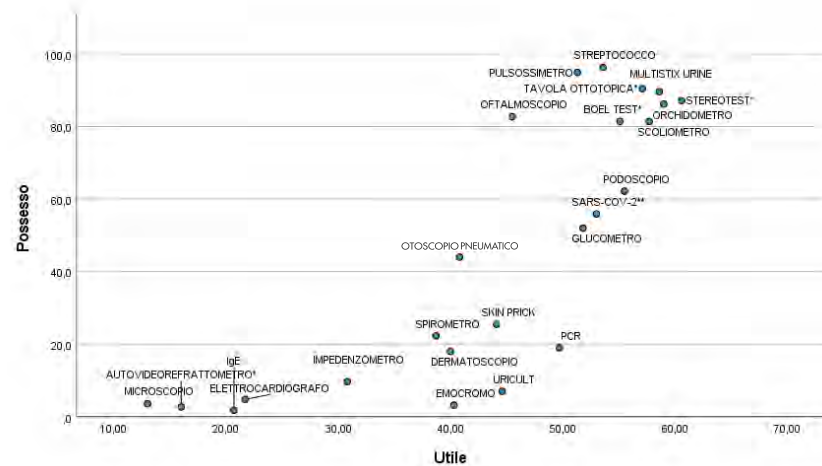
ALLEGATO 1.

Le relazioni fra utilità, utilizzo, possesso e interesse all'acquisto degli strumenti per la diagnostica di 1° livello.

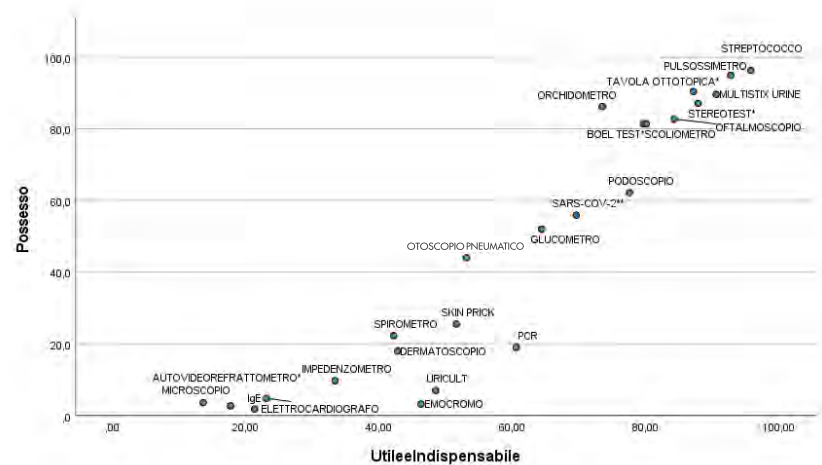
Il grafico riporta sull'asse verticale la percentuale di Pediatri che possiedono ciascuno strumento; sull'asse orizzontale la percentuale di coloro che lo valutano indispensabile. C'è una discreta coerenza complessiva ($p = 0,44$)



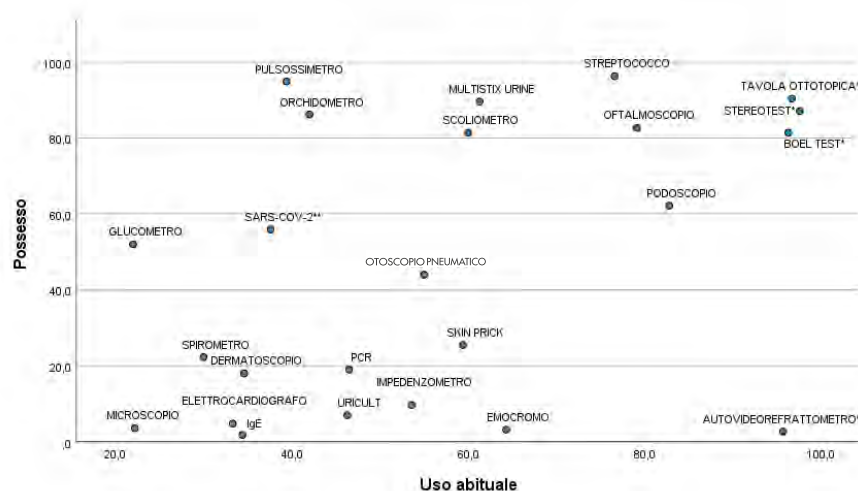
Il grafico riporta sull'asse verticale la percentuale di Pediatri che possiedono ciascuno strumento; sull'asse orizzontale la percentuale di coloro che lo valutano utile. C'è una buona coerenza complessiva ($p = 0,81$)



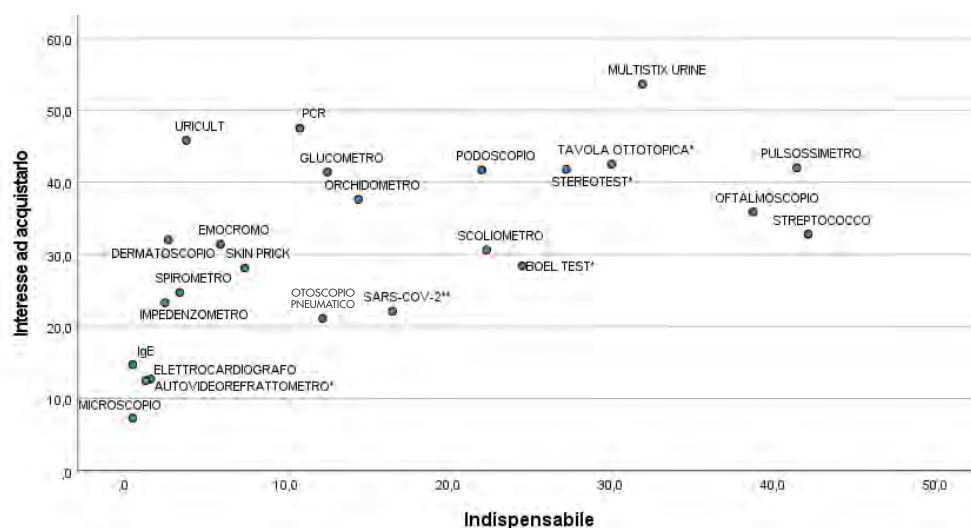
Il grafico riporta sull'asse verticale la percentuale di Pediatri che possiedono ciascuno strumento; sull'asse orizzontale la percentuale di coloro che lo valutano utile o indispensabile. C'è una ottima coerenza complessiva ($p = 0,94$)



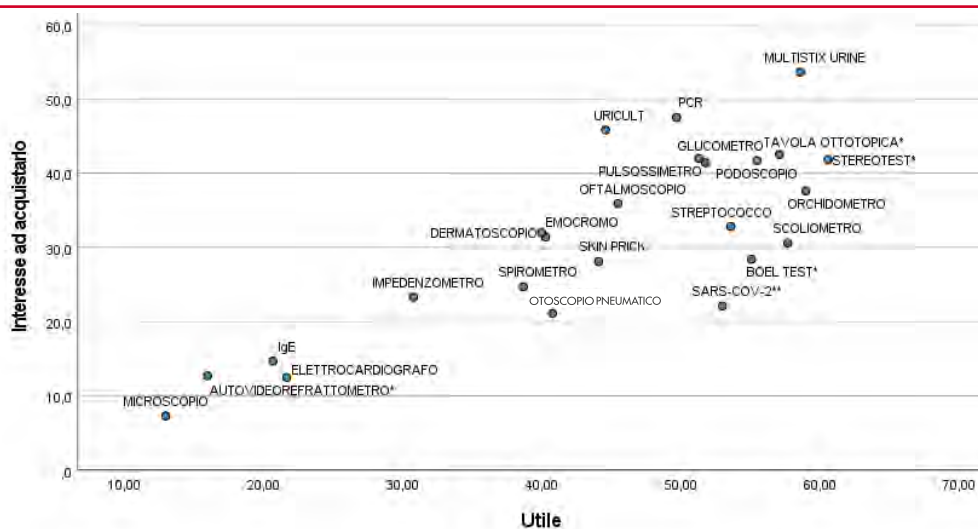
Il grafico riporta sull'asse verticale la percentuale di Pediatri che possiedono lo strumento; sull'asse orizzontale la percentuale di coloro che possedendolo lo utilizzano abitualmente. C'è una discreta coerenza complessiva ($p = 0,43$)



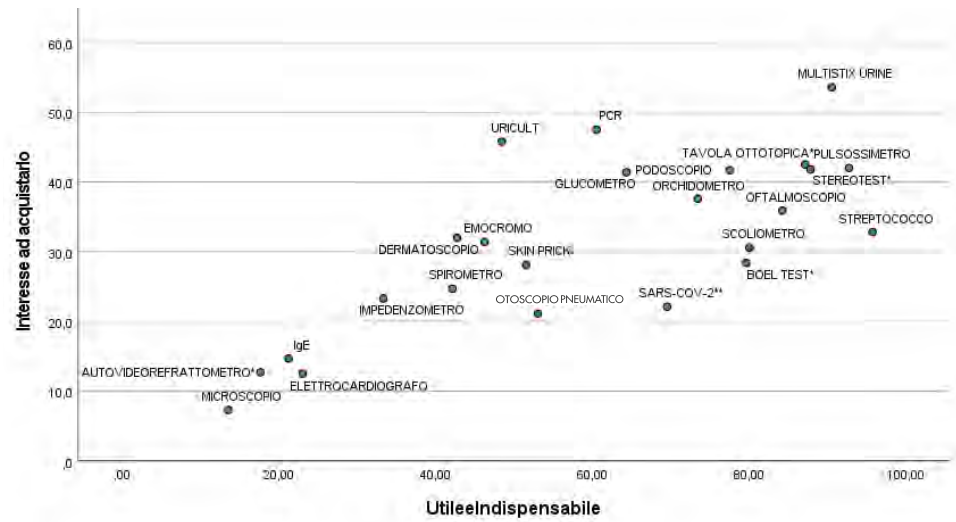
Il grafico riporta sull'asse verticale la percentuale di Pediatri che, non possedendo lo strumento, intendono acquistarlo; sull'asse orizzontale la percentuale di coloro che lo valutano indispensabile. C'è una discreta coerenza complessiva ($p = 0,56$) a parte per qualche strumento (ad es. test per streptococco, oftalmoscopio e pulsossimetro)



Il grafico riporta sull'asse verticale la percentuale di Pediatri che, non possedendo lo strumento, intendono acquistarlo; sull'asse orizzontale la percentuale di coloro che lo valutano utile. C'è una buona coerenza complessiva ($p = 0,81$)



Il grafico riporta sull'asse verticale la percentuale di Pediatri che, non possedendo lo strumento, intendono acquistarlo; sull'asse orizzontale la percentuale di coloro che lo valutano utile o indispensabile. C'è una buona coerenza complessiva ($p = 0,75$)



ALLEGATO 2.**Profili dei Pediatri più inclini a dotarsi degli strumenti per la diagnostica di 1° livello – Analisi dei cluster.****Cluster dei Pediatri con riferimento agli strumenti posseduti**

I cluster sono stati formati mediante analisi a classi latenti. Gli indicatori sono le variabili che definiscono il possesso dei 24 strumenti diagnostici, le caratteristiche dei Pediatri sono state inserite come covariate attive (ovvero come descrittori dei gruppi). Il numero ottimo di cluster è stato determinato mediante l'indice BIC. Il criterio con cui sono individuati questi gruppi è quello di mettere insieme medici con un profilo simile per quel che riguarda gli strumenti posseduti; viceversa, medici con profili diversi appartengono a cluster diversi (massima omogeneità all'interno del gruppo e massima eterogeneità tra i gruppi). L'assegnazione dei Pediatri ai cluster avviene su base probabilistica (ovvero il Pediatra viene assegnato al cluster per il quale presenta la probabilità più alta di appartenervi)

Cluster 1.

Il 19,5% degli intervistati possiede il maggior numero di strumenti, in media 14,4, ed è interessato a tutti gli strumenti.

Cluster 2

Il 28,3% degli intervistati possiede in media 11,2 strumenti, in particolare: *multistix*, *test rapidi urine e streptococco*, *otoscopio pneumatico*, *skin prick test*, *dermatoscopia*, *microscopio*, *glucometro*, *stereotest*, *tavola ottotipica*, *oftalmoscopia*, *Boel test*, *podoscopia*, *scoliometro*, *orchidometro*.

Cluster 3

Il 27,2% degli intervistati possiede in media 9,6 strumenti, in particolare: *multistix*, *test rapido streptococco*, *pulsossimetro*, *stereotest*, *tavola ottotipica*, *oftalmoscopia*, *test per SARS-CoV-2*.

Cluster 4

Il 25,1% degli intervistati possiede pochi strumenti diagnostici, in media 6,7, e non è interessato ad alcuno specifico strumento.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
Dimensione %	19,5	28,3	27,9	25,1
Sesso	Maschio	Maschio	Femmina	Femmina
Età	60+	55+	-59	25-49
Anzianità di lavoro	25+	-19	25-39	-24
# pazienti	1.000+	700-1.000	900+	-900
Regione	Campania, Toscana, Veneto	Basilicata, Calabria, Molise, Puglia, Sicilia	Marche, Sardegna, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Veneto	Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Sicilia, Trentino Alto Adige
Tipologia studio	Gruppo	Associazione e rete	Studio singolo	Gruppo
Collaboratori	Infermiera e segretaria	1	No	No
Collaboratori interesse	Sì	Sì	No	No
Corsi	Sì	Ultimi 5 anni	Prima di 5 anni fa	No
Corsi interesse		No	No	No
Giudizio complessivo	Indispensabile	Utile	Utile od opzionale	Opzionale
# strumenti	14,4	11,2	9,6	6,7
# strumenti x bilancio di salute	6,7	5,7	6,6	4,0

Cluster dei Pediatri con riferimento agli strumenti che intendono acquistare

I cluster sono stati formati mediante analisi a classi latenti. Gli indicatori sono le variabili che definiscono l'intenzione di acquisto dei 24 strumenti diagnostici, le caratteristiche dei Pediatri sono state inserite come covariate attive (ovvero come descrittori dei gruppi). Il numero ottimo di cluster è stato determinato mediante l'indice BIC. Il criterio con cui sono individuati questi gruppi è quello di mettere insieme medici con un profilo simile per quel che riguarda gli strumenti che intendono acquistare; viceversa, medici con profili diversi appartengono a cluster diversi (massima omogeneità all'interno del gruppo e massima eterogeneità tra i gruppi). L'assegnazione dei Pediatri ai cluster avviene su base probabilistica (ovvero il Pediatra viene assegnato al cluster per il quale presenta la probabilità più alta di appartenervi).

Cluster 1

Il 17,4% degli intervistati è interessato ad acquistare in media 8,6 strumenti; ha interesse ad acquisire in generale quegli strumenti che non possiede.

Cluster 2

Il 30,3% degli intervistati è interessato ad acquistare in media 4,3 strumenti, in particolare: *multistix, test rapido urine e streptococco, PCR, otoscopia pneumatica, spirometro, skin prick test, pulsossimetro, dermatoscopia, glucometro, stereotest, tavola ottotipica, Boel test, oftalmoscopia, podometro, scoliometro, orchimetro, test per SARS-CoV-2.*

Cluster 3

Il 23,6% degli intervistati è interessato ad acquistare in media 2,3 strumenti, in particolare: *il test rapido delle urine e dell'emocromo.*

Cluster 4

Il 28,8% degli intervistati è interessato ad acquistare in media 0,4 strumenti, nessuno in particolare.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
Dimensione %	17,4	30,3	23,6	28,8
Sesso	Maschio	Femmina	Maschio	Femmina
Età	-39	35-59	60+	60+
Anzianità di lavoro	-14	-19	20-39	20+
# pazienti	900+	-1.000	1.000+	700-1.000
Regione	Basilicata, Calabria, Molise, Sicilia, Umbria	Lazio, Marche, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta	Campania, Puglia, Toscana, Veneto	Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Trentino Alto Adige
Tipologia studio	Rete o singoli	Singolo	Gruppo	Associazione
Collaboratori	Segretaria	No	2	No
Collaboratori interesse	Sì	Sì		No
Corsi	Ultimi 5 anni	No	Sì	Prima di 5 anni fa
Corsi interesse	Sì	Sì	Sì	No
Giudizio complessivo	Indispensabile	Utile	Indispensabile	Utile o opzionale
# strumenti acquisto	8,6	4,3	2,3	0,4

ALLEGATO 3.

Le caratteristiche del rispondente che influenzano la probabilità di possedere lo strumento – Analisi di regressione logistica (da quali caratteristiche dipende la probabilità di possedere uno strumento?).

Gli strumenti per lo screening					
Tavola ottotopica	regione	età	sex		
Stereotest	regione	# pazienti	collaboratori		
Boel test	regione	sex	collaboratori		
Scoliometro	regione	sex	organizzazione / tipo di studio		
Podoscopio	regione	sex	# pazienti	collaboratori	organizzazione / tipo di studio
Orchidometro	regione	età	sex	# pazienti	collaboratori
Autovideorefrattometro	regione	collaboratori			
Oftalmoscopio	regione	collaboratori			
Gli strumenti per patologia acuta					
Streptococco	regione	# pazienti	collaboratori		
Multistix urine	regione	collaboratori			
Glucometro	regione	età	collaboratori		
Otoscopio pneumatico	regione	età	sex	collaboratori	
PCR	regione	# pazienti	collaboratori	organizzazione / tipo di studio	
Skin prick	regione	sex	collaboratori	organizzazione / tipo di studio	
Uricult	età	collaboratori			
Spirometro	regione	età	sex	collaboratori	organizzazione / tipo di studio
Dermatoscopio	regione	# pazienti			
Elettrocardiografo	regione	sex	collaboratori	organizzazione / tipo di studio	
Microscopio	regione	sex	# pazienti		

Il modello di regressione logistica non è stimabile per tutti gli strumenti diagnostici.

ilmedicopediatra 2021;30(3):27-32;
doi: 10.36179/2611-5212-2021-48

Il Pediatra di famiglia di fronte alla scelta vegetariana delle famiglie

M. Alessandra Tosatti¹, Mattia Doria²

¹ Biologa nutrizionista-libera professionista, esperta in alimentazione e dietetica vegetariana; ² Pediatra di famiglia, Segretario nazionale alle attività scientifiche ed etiche FIMP

Negli ultimi anni stiamo assistendo alla crescente diffusione degli stili alimentari a base vegetale (latto-ovo-vegetariano e vegano) anche tra la popolazione pediatrica, in conseguenza del sempre maggior numero di famiglie che, per motivazioni etiche, salutistiche o ambientali, decidono di limitare o escludere totalmente il consumo di prodotti di origine animale dalla propria dieta.

Secondo i dati del Rapporto Eurispes 2019 il 5-6% della popolazione italiana segue una dieta latte-ovo vegetariana, mentre l'1-2% una dieta vegana. La fascia più interessata a questa scelta è rappresentata dalle donne con età compresa tra i 34 e i 44 anni, periodo che sempre più spesso coincide con la maternità. Normalmente questi stili alimentari vengono mantenuti anche durante la gravidanza, l'allattamento e lo svezzamento, influenzando la scelta dietetica del proprio figlio.

Questi dati evidenziano l'importanza che la dieta a base vegetale ha raggiunto, essendo ormai abbracciata da una fetta di popolazione non più trascurabile. Se prima la scelta vegetale rappresentava un fenomeno di nicchia, negli ultimi anni si è assistito a un progressivo incremento di consumatori che orientano la propria scelta alimentare verso forme di alimentazione consapevole, molto spesso indice di motivazioni personali. La metà delle persone che scelgono una dieta a base vegetale dichiara di farlo per motivazioni di tipo salutistico; sono ormai ben noti i benefici che i cibi vegetali apportano nella prevenzione dell'obesità, di diverse patologie cronico-degenerative e metaboliche e di alcuni tipi di tumore. Il 32% è spinto dall'aspetto etico, dimostrandosi particolarmente sensibile allo sfruttamento e alla sofferenza animale che si associa alla produzione degli alimenti di origine animale, mentre le implicazioni ambien-

Corrispondenza

Mattia Doria
mattiadoria@fimp.pro

How to cite this article: Tosatti MA, Doria M. Il Pediatra di famiglia di fronte alla scelta vegetariana delle famiglie. Il Medico Pediatra 2021;30(3):27-32. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2021-48>

© 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>

li (occupazione dei suoli, inquinamento, emissione di CO₂ e cambiamento climatico) motivano il 12% dei vegetariani.

Considerata la sempre maggior rilevanza di questo tema nella pratica ambulatoriale e la necessità di acquisire le giuste conoscenze e competenze per approcciarsi senza pregiudizi alle famiglie, all'interno del Congresso Nazionale FIMP 2020, tenutosi in edizione virtuale, è stata prevista una sessione dedicata al ruolo del Pediatra di fronte alla scelta veg di questa parte di popolazione.

Come premessa è stata indagata l'opinione dei Pediatri di famiglia FIMP attraverso un questionario online di 8 domande.

Il primo quesito ha indagato la posizione del Pediatra nei confronti dell'alimentazione vegetariana (Fig. 1). Circa il 13% dei rispondenti si è dichiarato contrario all'alimentazione vegetariana in età pediatrica, mentre quasi il 34% la ritiene adatta in qualsiasi età e circa il 26% ritiene adeguata anche quella vegana. Per l'8% può essere seguita solo dopo lo svezzamento e per quasi il 20% è una scelta adeguata solo a partire dalla seconda infanzia. Emerge quindi che, in totale, l'87%

si è dichiarato favorevole all'alimentazione vegetariana in età pediatrica.

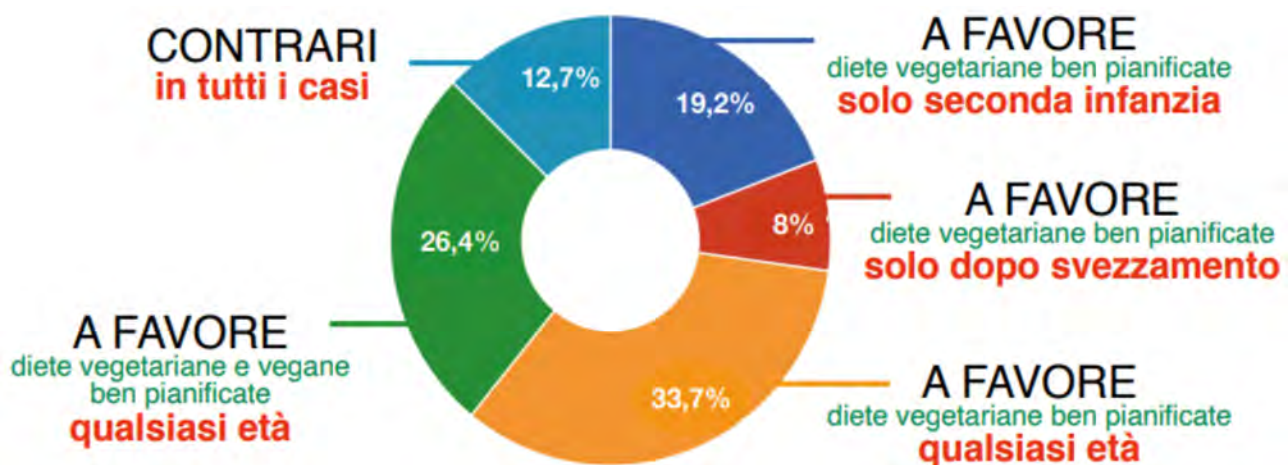
Ma cosa si intende per dieta vegetariana? Per definizione una dieta vegetariana si basa prevalentemente o esclusivamente sul consumo di cibi vegetali. Distinguiamo la latto-ovo (LOV), che non prevede il consumo dei prodotti animali diretti (ottenuti dall'uccisione dell'animale, come carne e pesce), ma include i derivati come latticini, uova, miele, e la dieta 100% vegetale, o vegana (VEG), che non comprende nessun alimento di origine animale.

Una dieta vegetariana propriamente detta è ben pianificata quando include tutti i tipi di cibi vegetali, quindi: cereali, legumi, verdura, frutta, frutta secca, semi oleaginosi e prevede l'integrazione di vitamina B12.

Alcuni sottotipi di diete vegetariane (macrobiotica, igienista, crudista e fruttariana), pur escludendo o limitando alcuni cibi animali, non rientrano tra le diete vegetali ideali. Gli effetti positivi sulla salute apportati da questi modelli dietetici non trovano attualmente supporto nelle evidenze scientifiche e pertanto non possono essere incoraggiati, soprattutto in età pediatrica. Al contrario, una dieta a base vegetale correttamente pianificata, che include il consumo vario di tutti gli alimenti vegetali, viene ritenuta adeguata dal punto di vista nu-

FIGURA 1.

Qual è la tua posizione nei confronti dell'alimentazione vegetariana?



trizionale per qualsiasi fase del ciclo vitale, compresi la gravidanza, l'allattamento, la prima e la seconda infanzia e l'adolescenza. Il riferimento all'adeguatezza e alla salubrità delle diete vegetariane equilibrate si riferisce quindi ai due modelli principali e più diffusi (LOV e VEG).

La letteratura internazionale evidenzia come, negli anni, diverse Società Scientifiche che si occupano di nutrizione hanno espresso una posizione favorevole verso l'uso degli stili alimentari vegetariani in tutte le epoche della vita, purché vengano integrati i nutrienti carenti. Secondo l'*Academy of Nutrition and Dietetic* (USA) le diete vegetariane e vegane, correttamente pianificate, sono nutrizionalmente adeguate e sono adatte in tutti gli stadi del ciclo vitale. Questa posizione è stata ribadita periodicamente a partire dal 1987, sulla base di studi sempre più aggiornati, ed è stata condivisa da altre società scientifiche internazionali, tra cui l'*Australian National Health and Medical Council* e la Società Pediatrica Canadese. Quest'ultima afferma come una dieta vegana ben programmata, che include le integrazioni fondamentali, può coprire i requisiti nutrizionali nei bambini e negli adolescenti. Anche la *British Nutrition Foundation* sostiene come una dieta vegetariana o vegana ben pianificata e bilanciata può essere idonea ad apportare tutti i nutrienti necessari a un sano sviluppo.

Alla successiva domanda "sulla base delle tue conoscenze quale tra le seguenti affermazioni è correlabile a una scelta di alimentazione vegetariana anche se ben pianificata (bilanciata e fortificata)?" il 38,6% dei Pediatri che hanno risposto dichiara che "lo stile alimentare vegetariano ben pianificato (bilanciato e fortificato) non espone a rischi specifici per la salute dei bambini e degli adolescenti", mentre per il 20,8% "un bambino che segue una dieta vegetariana, anche se ben pianificata (bilanciata e fortificata), può ugualmente andare incontro a deficit nutrizionali".

A oggi, la letteratura disponibile sugli effetti delle diete vegetariane nei bambini indica che, se la dieta è equi-

librata, la crescita di bambini LOV è simile a quella di bambini non vegetariani, mentre i bambini VEG non macrobiotici, pur avendo una crescita e uno sviluppo normali, sembrano avere una statura inizialmente più bassa e a essere più magri rispetto ai bambini non vegetariani.

Uno degli studi più recenti condotto in Germania (*VeChi Diet Study*) ha confrontato l'intake dietetico giornaliero e i parametri antropometrici tra bambini onnivori (OMN), LOV e VEG. Non sono emerse differenze significative nell'assunzione di nutrienti ed energia e nei parametri antropometrici di crescita e altezza per l'età tra i gruppi di studio. Si sottolinea una percentuale di altezza inferiore tra i bimbi vegani e una percentuale maggiore di bambini in sovrappeso o a rischio di sovrappeso tra i bambini OMN. Si auspica comunque la realizzazione di ulteriori studi, metodologicamente validi, per far maggior chiarezza su queste diversità.

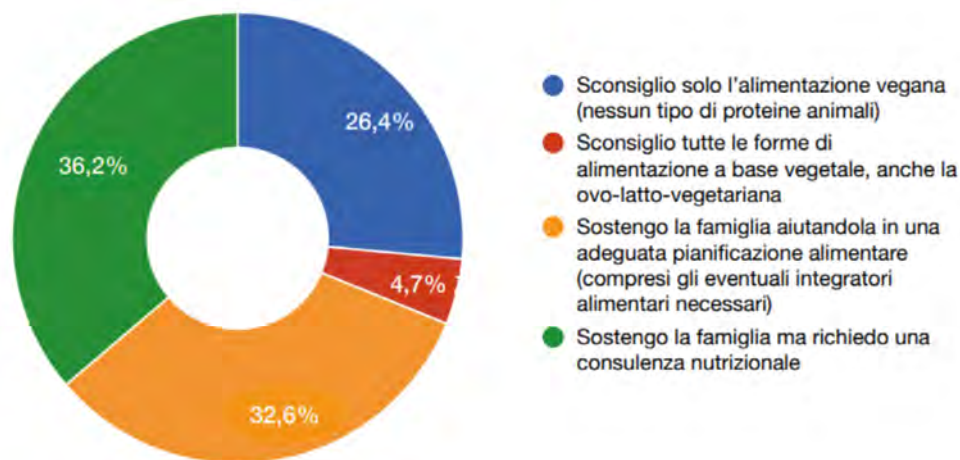
Per la popolazione italiana sono ben stabiliti i criteri che rendono una dieta vegetale sana ed equilibrata fin dallo svezzamento. Nel 2016 il gruppo di studio sulle diete vegetariane della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) ha emanato un documento con le raccomandazioni generali, rivolte a tutte le fasce di età, mentre nel 2018, dopo aver esaminato i dati disponibili letteratura, un panel di esperti della Società Scientifica di Nutrizione Vegetariana (SSNV) ha pubblicato le raccomandazioni sulle diete a base vegetale durante la gravidanza, l'allattamento al seno e l'infanzia, rivolte in particolare agli operatori sanitari per la corretta gestione della dieta vegetale in queste diverse fasi della vita.

Dall'analisi dei dati emerge che il 30% dei Pediatri che hanno partecipato alla survey "ammette di non conoscere il numero di famiglie veg tra i propri assistiti" e il 52,8% "ritiene di averne meno di 5".

Un altro quesito che è stato posto agli intervistati voleva verificare se ritenessero necessario l'esecuzione degli esami ematochimici prima di iniziare una dieta vegetariana. Il 46% non li considera necessari in as-

FIGURA 2.

Cosa suggerisci ai genitori vegetariani che chiedono consigli per un'alimentazione vegetariana per il proprio figlio?



senza di evidenze cliniche, mentre il 20% li ritiene utili in ogni caso. In corso di alimentazione veg quasi il 40% dei Pediatri ritiene necessario eseguire un approfondimento bioumorale se la dieta non è ben pianificata e integrata, mentre circa il 25% lo ritiene utile in ogni caso. Al contrario, in corso di un dieta onnivora l'82,2% dei Pediatri non ritiene necessario eseguire esami, salvo necessità cliniche particolari (sovrappeso, obesità, scarsa crescita).

Attualmente le linee guida per l'alimentazione vegetariana pediatrica non prevedono che i bimbi siano sottoposti a esami ematochimici né prima né durante questo percorso dietetico. La scelta del Pediatra di valutare con specifici esami lo stato di salute del bimbo dovrebbe quindi essere sostenuta dalle stesse motivazioni dei bambini onnivori. Si raccomanda comunque il dosaggio ematico della vitamina B12 nelle madri di un lattante allattato esclusivamente al seno, qualora non fosse stata integrata correttamente prima, durante e dopo la gravidanza, poiché l'esito sarà indirettamente indicativo anche dei livelli ematici del bimbo.

Alla domanda "Cosa suggerisci ai genitori vegetariani che chiedono consigli per un'alimentazione vegetariana per il proprio figlio?" il 32,6% dei professionisti ha

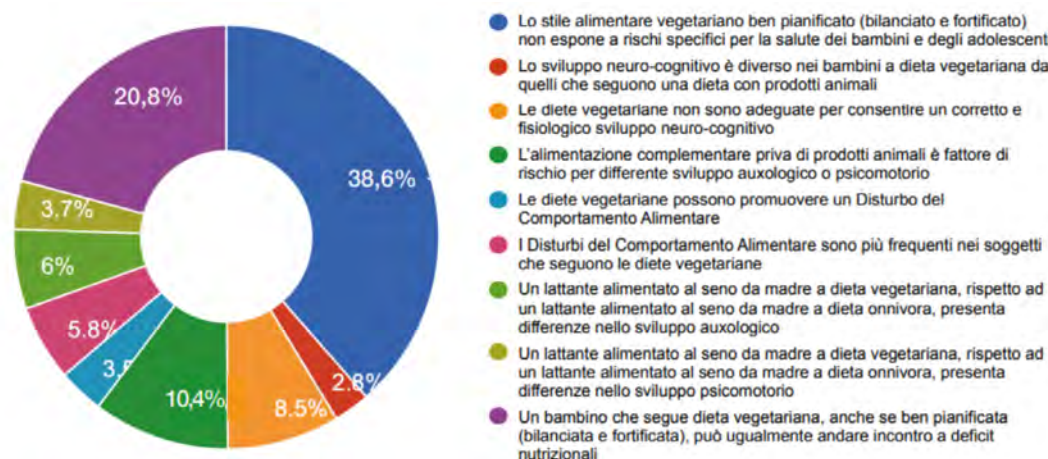
dichiarato di "sostenere la famiglia aiutandola in un'adeguata pianificazione alimentare (compresi gli eventuali integratori alimentari necessari)", mentre il 36,2% "offre il proprio sostegno ma consiglia alla famiglia una consulenza nutrizionale specifica". Solo il 4,7% "sconsiglia tutte le forme di alimentazione a base vegetale, anche la ovo-latto-vegetariana", mentre il 26% risponde che sconsiglia solo l'alimentazione vegana, ovvero quella priva di ogni tipo di fonte proteica di origine animale (Fig. 2).

Con buona probabilità alcune risposte a questa domanda risentono delle raccomandazioni presenti nel Position Paper sulle diete vegetariane prodotto da SIPPS-FIMP-SIMA-SIMP nel 2017 che mettono in evidenza principalmente quali siano le condizioni di esclusione della scelta vegetariana/vegana in gravidanza, allattamento e nelle diverse età pediatriche, pur non disconoscendo la praticabilità di tali diete qualora ben pianificate e integrate come le linee guida internazionali evidenziano.

Per circa il 40% del campione le conoscenze sui temi dell'alimentazione vegetariana derivano dalla lettura di alcune pubblicazioni, mentre il 23% ammette di non aver mai approfondito l'argomento. Emerge dall'ana-

FIGURA 3.

Sulla base delle tue conoscenze quale tra le seguenti affermazioni è correlabile a una scelta di alimentazione vegetariana anche se ben pianificata (bilanciata e fortificata)?



lisi del campione come la maggior parte dei Pediatri intervistati (38,6%) affermi che “lo stile alimentare vegetariano se ben pianificato (bilanciato e fortificato) non espone a rischi specifici per la salute dei bambini e degli adolescenti”, mentre per il 20,8% “un bambino che segue una dieta vegetariana, anche se ben pianificata (bilanciata e fortificata), può ugualmente andare incontro a deficit nutrizionali” (Fig. 3).

Questi ultimi dati portano ad alcune considerazioni: se da un lato più del 60% del campione in esame sostiene le famiglie nella scelta di non somministrare prodotti di origine animale ai propri figli, dall'altro emerge comunque la diffidenza, la preoccupazione che la dieta pianificata possa non essere nutrizionalmente adeguata. La diffusione delle drammatiche notizie di bambini affetti da gravi deficit legati all'assunzione di diete prive dei fondamentali nutrienti ha creato un comprensibile allarme nei professionisti, ma ciò non deve tradursi nel rifiutare a priori alcuni regimi alimentari che, se pianificati correttamente, appaiono sicuri e in grado di sostenere uno sviluppo psico-fisico ottimale. Non è però corretto focalizzare l'attenzione solo sulle possibili carenze delle diete veg poiché anche le diete

onnivore, spesso monotone e prive di alcuni importanti gruppi di alimenti vegetali, potrebbero esporre a deficit altrettanto gravi.

Per il Pediatra di famiglia la conoscenza dei regimi alimentari LOV e VEG è oggi una questione d'urgenza poiché, a fronte della sempre maggior diffusione, se queste diete non vengono seguite in modo ottimale non potranno assicurare un corretto apporto di tutti i macro- e micronutrienti, esponendo i bambini a carenze nutrizionali nel breve e lungo termine, con conseguenze più o meno gravi per il loro stato di salute. È importante che il Pediatra conosca fin dalla presa in carico del bambino il tipo di alimentazione seguito dalla famiglia e, nel caso di famiglia veg, approfondisca le conoscenze già in possesso dei genitori e l'affidabilità delle fonti a cui fanno riferimento. La letteratura, purtroppo, riporta casi di bimbi veg che hanno manifestato gravi segni di malnutrizione e che non erano mai stati sottoposti a controlli pediatrici periodici. Per far fronte a queste storie drammatiche il Pediatra dovrà dimostrarsi sempre aperto e tollerante nei confronti dei genitori, per mantenere quel rapporto di alleanza e fiducia indispensabile per poter monitorare la crescita e lo stato di salute del bambino. Un atteggiamento di

TABELLA I.**Vitamina B12, posologia integrazione di mantenimento (SINU, 2015).**

Età	Più assunzioni giornaliere	Monoassunzione giornaliera (µg/die)
6-12 mesi	1 µg x2	5
1-3 anni	1 µg x2	5
4-6 anni	2 µg x2	25
7-10 anni	2 µg x2	25
11-14 anni	2 µg x3	50
15-64 anni	2 µg x3	50
65+ anni	2 µg x3	50
Gravidanza	2 µg x3	50
Allattamento	2 µg x3	50

chiusura nel confronti di questi genitori può indurli a nascondere le proprie scelte e ad affidarsi al “fai da te” sulla base di informazioni reperite online, spesso poco affidabili, o peggio ad affidarsi a naturopati, erboristi o esperti di alimentazione naturale, che però non sono sinonimi di dieta vegetariana!

Un errore frequente dovuto alla disinformazione diffusa, in particolare da alcuni blog/siti di igienismo e alimentazione naturale, è quello di ritenere le comuni bevande vegetali o i succhi ed estratti di frutta nutrizionalmente equivalenti al latte materno o artificiale, esponendo i neonati a gravi deficit nutrizionali che possono richiedere l'ospedalizzazione. Per contrastare le informazioni scorrette e pericolose il Pediatra avrà il compito di rafforzare la proprie conoscenze per poter supportare al meglio i genitori, individuare subito le situazioni a potenziale rischio e intercettarle. In generale, i genitori dovranno essere ben istruiti sulla scelta dei cibi, sulla loro preparazione, sui loro abbinamenti e sulle integrazioni fondamentali, al fine di assicurare adeguati apporti di energia, proteine, omega 3, zinco, ferro, iodio, calcio, vitamina B12 (Tab. I) e D.

Non è necessario che tutti i Pediatri di libera scelta si trasformino in nutrizionisti esperti di nutrizione vegetale, ma il possedere alcuni strumenti di base sarà sicuramente utile al professionista per poter dimostrarsi aperto

alle varie scelte dietetiche e poter, nel contempo, porre dei limiti di fronte a situazioni palesemente rischiose. Acquisire un bagaglio culturale adeguato aiuterà la relazione con la famiglia e favorirà il confronto sulle scelte intraprese e, qualora fosse necessario, potrà supportare con maggior forza l'eventuale invio del bambino a un'altra figura professionale.

Oggi sono a disposizione numerosi strumenti per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario sulla corretta alimentazione veg, dai testi ai documenti di riferimento, fino a corsi e webinar in sede oppure online. Nel momento in cui il Pediatra non si sentisse abbastanza preparato per fornire indicazioni alla famiglia sarà eticamente corretto indirizzarla alla consulenza di professionisti della nutrizione con competenze specifiche, con i quali potrà poi instaurare un rapporto di collaborazione nell'ottica di operare le scelte migliori per il bambino.

Bibliografia di riferimento

- Agnoli C, Baroni L, Bertinil, et al. Position paper on vegetarian diets from the working group of the Italian Society of Human Nutrition. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2017;27:1037-1052.
- Baroni L, Goggi S, Battaglini R, et al. Vegan nutrition for mothers and children: practical tools for healthcare providers. *Nutrients* 2019;11:5.
- Baroni L, Goggi S, Battino M. Planning Well-Balanced Vegetarian Diets in Infants, Children, and Adolescents: the VegPlate Junior. *J Acad Nutr Diet* 2019;119:1067-1074.
- Baroni L, Goggi S, Battino M. VegPlate: a Mediterranean-Based Food Guide for Italian Adult, Pregnant, and Lactating Vegetarians. *J Acad Nutr Diet* 2018;118:2235-2243.
- British Dietetic Association confirms well-planned vegan diets can support healthy living in people of all ages, 07 August 2017. <https://www.bda.uk.com/news/view?id=179>
- Farella I, Panza R, Baldassarre ME. The difficult alliance between vegan parents and pediatrician: a case report. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:6380.
- Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet* 2016;116:1970-1980.
- Messina V, Mangels AR. Considerations in planning vegan diets: children. *J Am Diet Assoc* 2001;101:661-669.
- O'Connell JM. Growth of vegetarian children: The Farm Study. *Pediatrics* 1989;84:475-81.
- Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Vegetarian diets. American Dietetic Association; Dietitians of Canada. *J Am Diet Assoc* 2003;103:748-765.
- Position paper SIPP-SIMP-SIMA-SIMP diete vegetariane in gravidanza ed in età evolutiva - 2017.
- Rogne T, Tielemans MJ, Foong-Fong Chong M, et al. Associations of Maternal Vitamin B12 Concentration in Pregnancy With the Risks of Preterm Birth and Low Birth Weight: a Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Participant Data. *Am J Epidemiol* 2017;185:212-223.
- Sanders TA. Growth and development of British vegan children. *Am J Clin Nutr* 1988;48:822-5.
- Weder S, Hoffmann M, Becker K, et al. Energy, Macronutrient Intake, and anthropometrics of vegetarian, vegan, and omnivorous children (1-3 years) in Germany (VeChi Diet Study). *Nutrients* 2019;11:832.

ilmedicopediatra 2021;30(3):33-36;
doi: 10.36179/2611-5212-2021-49

Carta dei Diritti del bambino promossi e tutelati dal Pediatra di famiglia

Milena Lo Giudice¹, Mattia Doria²

¹ Coordinatore Area Etico-Sociale FIMP;

² Segretario Nazionale Attività Scientifiche ed Etiche FIMP

Gruppo di lavoro

Giuseppina Annichiarico, Paolo Biasci, Teresa Cazzato, Franca Di Girolamo, Valdo Flori, Paola Miglioranza, Silvia Gambotto, Anna Latino, Anna Mulas, Luigi Nigri, Donella Prosperi, Pier Luigi Tucci

Corrispondenza

Milena Lo Giudice

milena.lojudice@tiscali.it

Mattia Doria

mattiadoria@fimp.pro

How to cite this article: Lo Giudice M, Doria M. Carta dei Diritti del bambino promossi e tutelati dal Pediatra di famiglia. Il Medico Pediatra 2021;30(3):33-36. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2021-49>

© 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>

Preambolo

A 30 anni dalla ratifica da parte dell'Italia (Legge n. 176 del 27 maggio 1991) della Convenzione di New York sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 20 novembre 1989 e dopo 20 anni dalla Carta dei Diritti del bambino assistito dal Pediatra di famiglia (presentata al Congresso di Grado del 2001), la FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri, ne presenta l'adeguamento in una nuova versione per rispondere alle mutate condizioni dell'infanzia che, come la recente esperienza pandemica ci ha mostrato, rappresenta una fascia della società particolarmente vulnerabile e molto spesso poco presa in considerazione.

Il Pediatra di famiglia è all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) la figura professionale deputata ad accompagnare il bambino (dalla nascita all'adolescenza) nella sua crescita in salute verso il raggiungimento del migliore benessere fisico psichico e sociale possibile, così come anche riconosciuto dall'art. 24 della Convenzione che raccomanda agli Stati membri di garantire "il diritto del minore a godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, (...) e in particolare adottino ogni adeguato provvedimento per assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione alle cure sanitarie primarie, per garantire a ogni bambino un sano sviluppo fisico, mentale, sociale, spirituale e morale".

Il Pediatra di famiglia, che opera nell'area delle cure primarie, ha una visione della salute non solo come stato di benessere cui orientare l'impegno individuale e collettivo, ma anche come risorsa per la crescita

delle persone e della comunità, sul piano emozionale, intellettuale, economico, etico e spirituale.

La presa in carico operata dal Pediatra di famiglia, che segue il bambino/adolescente in tutte le fasi della sua crescita e affronta le eventuali e possibili problematiche di salute, contribuisce a dare risposta a buona parte dei diritti enunciati nella Convenzione.

La Carta dei Diritti del Bambino e dell'Adolescente promossi e tutelati dal Pediatra di famiglia corrisponde alla *mission* e alla *vision* della FIMP, che interpreta la tutela secondo la definizione presente nell'art. 3 della Convenzione: *"garantire al bambino/adolescente non solo le cure ma anche la protezione necessaria al suo benessere"*.

Questa Carta rappresenta la formalizzazione dell'impegno che i Pediatri di famiglia dedicano quotidianamente alla cura dei loro assistiti e delle loro famiglie. Essa rappresenta:

- un invito a tutti i Pediatri di famiglia ad aderirvi con scrupolo, dedizione e perseveranza;
- un invito ai genitori e ai caregiver a verificarne i contenuti e a osservarli, e promuoverli nella famiglia e nella comunità;
- un aiuto ai bambini e agli adolescenti, perché prendano sempre più coscienza dei propri diritti, e sappiano di avere nel loro Pediatra un amico, un alleato quando opportuno, un avvocato se necessario.

Una sollecitazione alle istituzioni perché riconoscendo il ruolo sociale interpretato dal Pediatra di famiglia ne valorizzino le competenze e le peculiarità professionali attraverso un operativo coinvolgimento nelle tematiche relative alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

La Carta

Secondo la Dichiarazione dei diritti del fanciullo di New York, recepita dal Governo italiano nel 1991, ogni bambino è portatore di diritti. Compito di ogni adulto che si occupa dell'infanzia è quindi non solo proteggerla ma soprattutto farsi promotore dei suoi diritti, specie nelle aree nelle quali questi abbiano più difficoltà a essere garantiti. Alla luce di ciò, ogni Pediatra

di famiglia assume in sé un ruolo attivo di tutela nei confronti di ogni bambino, sforzandosi di "garantire al bambino la protezione e le cure necessarie al suo benessere" (*child advocacy*), attraverso i bilanci di salute accompagna il bambino/adolescente e la famiglia a operare scelte sanitarie e di stili di vita secondo le più aggiornate prove di efficacia disponibili.

Essendo l'attività orientata al migliore interesse del bambino, il Pediatra di famiglia è per se stesso e per il suo ruolo professionale un diritto per il bambino e si pone come strumento per l'affermazione e la promozione dei seguenti diritti:

1. Il bambino/adolescente ha diritto all'identità

Ogni bambino/adolescente è una persona biologicamente e storicamente unica e dal suo Pediatra di famiglia è rispettato e accolto nelle sue caratteristiche individuali, senza alcuna discriminazione per:

- etnia;
- nazionalità;
- condizione sociale;
- religione;
- disabilità;
- censo;
- genere;
- modalità di concepimento.

2. Il bambino /adolescente ha il diritto di crescere all'interno di un nucleo familiare

La famiglia, quale nucleo fondamentale della società e quale ambiente naturale per la crescita e il benessere di tutti i suoi membri, e in particolare dei bambini, dovrebbe ricevere l'assistenza e la protezione necessarie per poter assumere pienamente le sue responsabilità all'interno della comunità.

Pertanto, il Pediatra di famiglia favorisce il benessere del bambino/adolescente sostenendo ogni genitorialità in tutte le forme del prendersi cura, favorendo l'attaccamento e promuovendo modelli di accudimento sani. Nei casi di separazione dei genitori avrà come riferimento la "Carta dei Diritti dei figli nella separazione dei genitori".

3. Il bambino/adolescente ha il diritto di essere nutrito adeguatamente in tutte le diverse fasi di crescita

Il Pediatra di famiglia promuove e sostiene l'allattamento al seno, esclusivo per i primi sei mesi e possibilmente fino a due anni secondo le indicazioni della *World Health Organization* (WHO).

Fornisce alla famiglia indicazioni per un'alimentazione adeguata e sana dal punto di vista nutrizionale durante le diverse fasi della crescita con l'obiettivo da un lato di prevenire possibili carenze, dall'altro di controllare gli eccessi con conseguente sovrappeso e obesità sempre più diffusi.

Favorisce la cultura alimentare della responsività, della partecipazione, della convivialità e il consumo dei pasti assieme alla famiglia.

Raccomanda che il cibo non diventi oggetto di gratificazione o ricatto.

Promuove un'alimentazione sostenibile a basso impatto ambientale, rispettoso degli ecosistemi, della biodiversità, delle tradizioni alimentari.

4. Il bambino/adolescente ha il diritto di vivere e crescere in un ambiente sano, sicuro ed ecosostenibile a livello domestico ed extradomestico

Il Pediatra di famiglia offre indicazioni alle famiglie perché queste attuino comportamenti e scelte responsabili affinché gli ambienti in cui il bambino vive abbiano le caratteristiche necessarie per:

- ridurre il rischio di incidenti domestici e stradali;
- limitare al massimo, e quando possibile fin dal suo concepimento, i rischi delle diverse fonti di inquinamento ambientale e favorire scelte ecosostenibili per ridurre i potenziali danni epigenetici noti.

5. Il bambino/adolescente ha il diritto alla tutela del proprio sviluppo fisico, psichico e relazionale e di essere aiutato a sviluppare la sua autonomia e indipendenza

Il Pediatra di famiglia promuove attività familiari di sostegno a un corretto sviluppo neuro-cognitivo (ad es.

promozione della lettura ad alta voce, ascolto della musica, limitazione dell'esposizione precoce ai video-schermi, incentivazione delle attività ludiche e motorie, stili educativi adeguati, promozione del passaggio dalla dipendenza all'autonomia) e riconosce tempestivamente eventuali condizioni di rischio da inviare ai servizi specialistici.

Poiché gli Stati parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo e al tempo libero, a dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e a partecipare liberamente alla vita culturale e artistica, il Pediatra aiuta le famiglie a rispettare questi diritti quali scelte del bambino e non imposizioni delle famiglie stesse.

6. Il bambino/adolescente ha il diritto di essere protetto da tutte le malattie prevenibili da vaccino

Il Pediatra di famiglia promuove la pratica delle vaccinazione attraverso le informazioni e il counselling alle famiglie e, dove previsto, pratica direttamente i diversi vaccini.

7. Il bambino/adolescente ha il diritto di ricevere cure adeguate

Il Pediatra di famiglia gestisce le diverse patologie dalla diagnosi alla terapia secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili e i più avanzati strumenti tecnologici, evitando tuttavia l'uso di accertamenti diagnostici e trattamenti ingiustificati e impropri. Così come per l'adulto anche per il bambino dovranno essere effettuati tutti gli interventi possibili per prevenire e curare ogni forma di dolore.

Il Pediatra di famiglia rappresenta la figura di riferimento nei percorsi assistenziali dei bambini affetti da malattie croniche o rare, costituendo possibilmente il coordinatore clinico delle specifiche condizioni.

8 Il bambino/adolescente ha il diritto di essere tutelato contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale la somministrazione

e l'induzione all'abuso di droghe e sostanze tossiche

Il Pediatra di famiglia, quale "antenna sociale", cerca di identificare i possibili segni di abuso e trascuratezza attivando i percorsi istituzionali necessari per proteggere il bambino.

9. Il bambino/adolescente ha diritto alla verità

Il bambino/adolescente ha il diritto di conoscere le condizioni cliniche e patologiche che lo riguardano. Il Pediatra di famiglia lo mette al corrente su tutto ciò che attiene alla sua salute e soprattutto lo mette a conoscenza di tutte le eventuali procedure diagnostiche e/o terapeutiche cui dovrà andare incontro, con un linguaggio adeguato alle sue capacità cognitive e decisionali, rassicurante ma sempre assolutamente aderente alla realtà.

10. Il bambino/adolescente ha diritto alla riservatezza

A ogni bambino deve essere assicurata la riservatezza per tutto ciò che riguarda la gestione dei suoi dati e dei suoi vissuti. In modo particolare, quando si tratta di adolescenti, va sottolineato che titolare dei dati sanitari è il minore ed è la sua salute che va promossa con tutti i mezzi possibili.

11. Il bambino/adolescente ha diritto a essere ascoltato

Poiché il bambino/adolescente ha il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, la sua volontà deve essere debitamente presa in considerazione, tenendo conto sia dell'età che del grado di maturità raggiunto, come anche pre-

visto dal relativo documento del Comitato Nazionale di Bioetica (per il Pediatra sono diversi il contegno nell'informare, l'attendere risposte, l'adattare parole e gesti alle risposte, il decidere, per cui è diverso il modo stesso di pensare il consenso informato in Pediatria).

Anche se il bambino non ha l'ultima decisione in proposito, egli ha diritto a uno spazio, variabile con l'età e la sua maturità, di negoziazione e di compromesso. Particolare attenzione va data al diritto di dare il suo assenso-dissenso (modalità specifica per l'età) in particolare nei confronti di interventi diagnostici e terapeutici complessi, compresa la partecipazione a sperimentazioni sul territorio.

A tal fine il Pediatra di famiglia fornisce tutte le conoscenze scientifiche disponibili, adoperandosi il più possibile perché possano essere comprese dalla famiglia e dal bambino stesso.

12. Il bambino/adolescente ha diritto all'istruzione alla frequenza della scuola e alla frequenza della comunità dei pari, dal nido alle scuole di tutti gli ordini e grado, con particolare riguardo alle fasce marginali più esposte alla dispersione scolastica

La qualità e la durata del ciclo educativo sono infatti importanti determinanti della salute futura dei bambini. A tal fine il Pediatra accompagna la famiglia a considerare l'importanza della vita scolastica, creativa, solidale e non competitiva, ed è sollecito a intervenire quando sia a conoscenza di assenze scolastiche ripetute non giustificate.

Roma, 16/09/2021

<https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/articoli>

ilmedicopediatra 2021;30(3):37-43;
doi: 10.36179/2611-5212-2021-50

Influenza 2021-22

Non abbassiamo la guardia

Giovanni Vitali Rosati

Referente Vaccinazioni, FIMP Toscana

Lo scorso anno tutti temevamo un "twindemic" cioè una grave epidemia influenzale durante la pandemia COVID, ma per fortuna questo non è accaduto con grande sollievo di tutti noi, dei Reparti ospedalieri e delle Terapie intensive. Questa paura ha fatto sì che molti dei nostri ragazzi abbiano aderito volentieri alla proposta della vaccinazione antinfluenzale.

Tutti gli anni per poter prevedere l'andamento della stagione, guardiamo cosa accade nell'emisfero sud e in particolare in Australia, a settembre 2020 si notava che non si verificavano casi di influenza e per fortuna questo è accaduto anche in Italia e nel resto del mondo (USA e UK). Quindi in teoria se guardassimo la situazione dell'emisfero sud ora potremmo avere l'illusione di prevedere cosa accadrà da noi.

A settembre anche quest'anno in Australia non si vedono casi di influenza (Fig. 1).

Questa situazione ci potrebbe indurre ad abbassare la guardia e a non vaccinare con lo stesso entusiasmo dello scorso anno. Ma in queste righe **vorrei dimostrarvi che non è vero e che i medici e in particolare i Pediatri di famiglia dovranno consigliare come e più dello scorso anno la vaccinazione contro l'influenza.**

In primo luogo dobbiamo segnalare che la situazione attuale nell'emisfero sud può essere dovuta al fatto che dal 22 agosto è ricominciato un severo lockdown che ha portato anche a chiudere le frontiere regionali e già questo potrebbe giustificare la mancanza di influenza.

Non sappiamo come più di un anno praticamente senza influenza possa farci presagire come sarà la prossima stagione influenzale, gli scenari possibili vanno da una ripetizione dei numeri della scorsa stagione a un'esplosione di casi. Ci sono diverse variabili da considerare: l'andamento della pandemia, le misure di protezione individuale e le varie misure di isolamento, come pure il "match" cioè la corrispondenza tra i sierotipi contenuti nel vaccino e i sierotipi circolanti e ultimo, ma assolutamente prioritario, quanto vaccineremo.

L'inaspettato, ma gradito, crollo dei casi di influenza durante la pandemia di COVID-19 ha certamente dimostrato che molte delle **misure di**

Corrispondenza

Giovanni Vitali Rosati
giovannivitalirosati@gmail.com

How to cite this article: Vitali Rosati G. Influenza 2021-22. Non abbassiamo la guardia. Il Medico Pediatra 2021;30(3):37-43. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2021-50>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

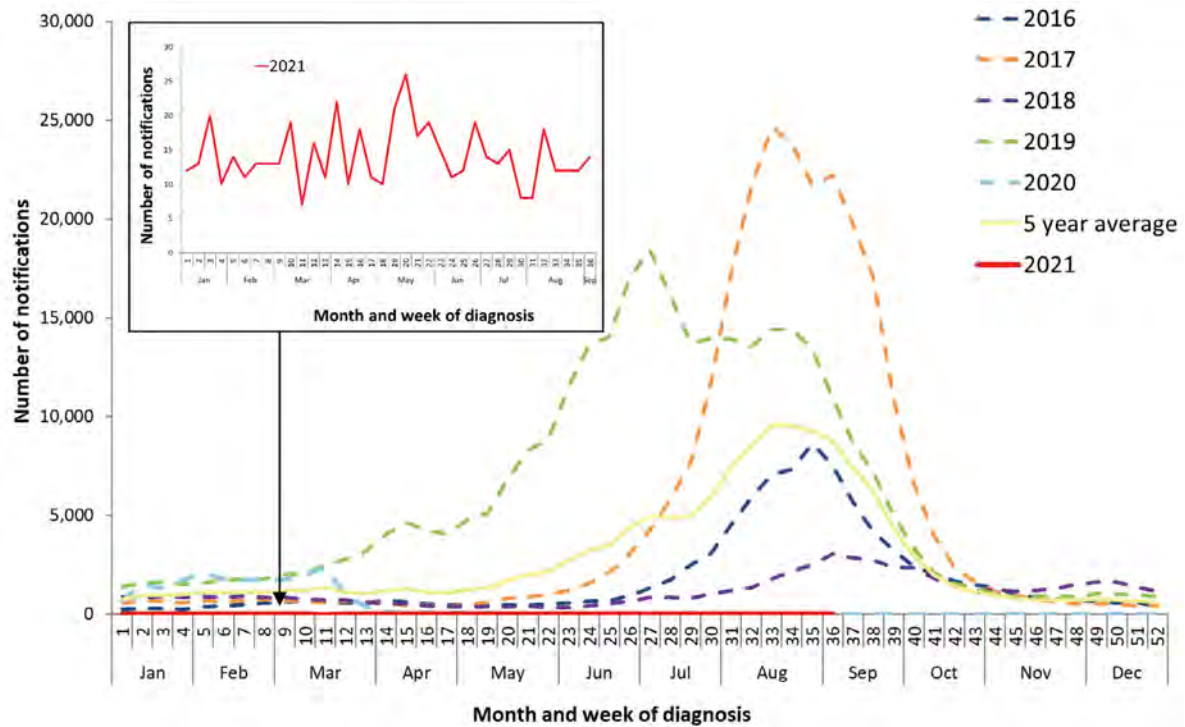


OPEN ACCESS

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>

FIGURA 1.

Notifiche di influenza confermata in laboratorio, Australia, dal 1° gennaio 2016 al 12 settembre 2021, per mese e settimana di diagnosi (da [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/DFD79F216636E42CCA2587520083B312/\\$File/flu-12-2021.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/DFD79F216636E42CCA2587520083B312/$File/flu-12-2021.pdf)).



distanziamento sociale sono **efficaci**, ma il contagio è stato interrotto secondo noi anche per il fatto che in molti paesi si sono **chiuso le scuole, mantenendo i bambini (che noi Pediatri sappiamo essere il grande motore di distribuzione del virus dell'influenza) a casa** e lontano l'uno dall'altro. Cosa accadrà alla riapertura delle scuole?

Questa osservazione è suffragata anche da quanto accade in Giappone ove noi sappiamo che le misure di distanziamento e in particolare l'uso delle mascherine è diffuso da molti anni, ma questo non sembra, negli scorsi anni, aver ridotto la diffusione dell'influenza.

Se chiedessimo a un epidemiologo esperto di influenza di descriverla in una sola parola di sicuro risponderà: **"imprevedibile"**. Le passate stagioni influenzali

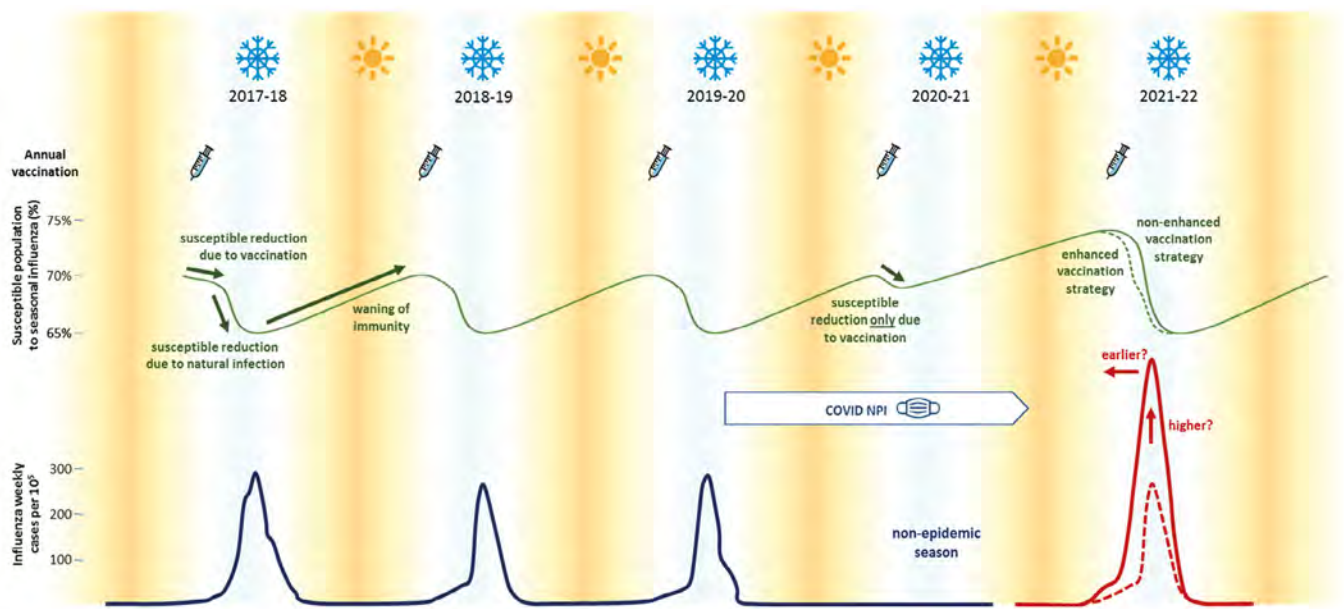
non hanno seguito alcuno schema: una lieve è talvolta seguita da una grave, a volte da un'altra mite e viceversa.

Ann Moen, responsabile della preparazione e della risposta all'influenza presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha affermato in un'intervista: **"Se continua così, non sarebbe irragionevole pensare che ci sarà una stagione più dura"**.

La ragione? È che le località che hanno riaperto completamente saranno più vulnerabili a una massiccia epidemia influenzale a causa della **perdita dell'immunità della popolazione negli ultimi 18 mesi**. "In tutto il mondo, dal 10 al 30% della popolazione è contagiata dall'influenza durante una stagione tipica, se si tolgono due stagioni complete, questo genera enormi sacche di suscettibili, cioè un grande numero di per-

FIGURA 2.

Le epidemie di influenza stagionale si sono verificate annualmente durante l'inverno alle latitudini climatiche temperate (linea blu). La popolazione suscettibile (linea verde continua) diminuisce in autunno a causa delle campagne di vaccinazione e, successivamente, in inverno, attraverso l'infezione naturale. Gli interventi non farmacologici (NPI) per prevenire il COVID-19 hanno ridotto l'incidenza dell'influenza nella stagione 2020-2021. In teoria, una volta allentate le misure NPI, la prossima epidemia di influenza potrebbe verificarsi prima e raggiungere una maggiore incidenza (linea rossa continua) a causa della maggiore percentuale di popolazione suscettibile. Per garantire che la prossima epidemia di influenza si verifichi entro i limiti consueti (linea rossa tratteggiata), sarebbe necessario potenziare la strategia di vaccinazione per ridurre la popolazione suscettibile almeno ai livelli raggiunti attraverso l'infezione naturale (linea verde tratteggiata) o adottare misure per ridurre l'intensità dell'infezione, come le strategie di vaccinazione nei bambini (da Sanz-Muñoz et al., 2021. <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/6/595>).



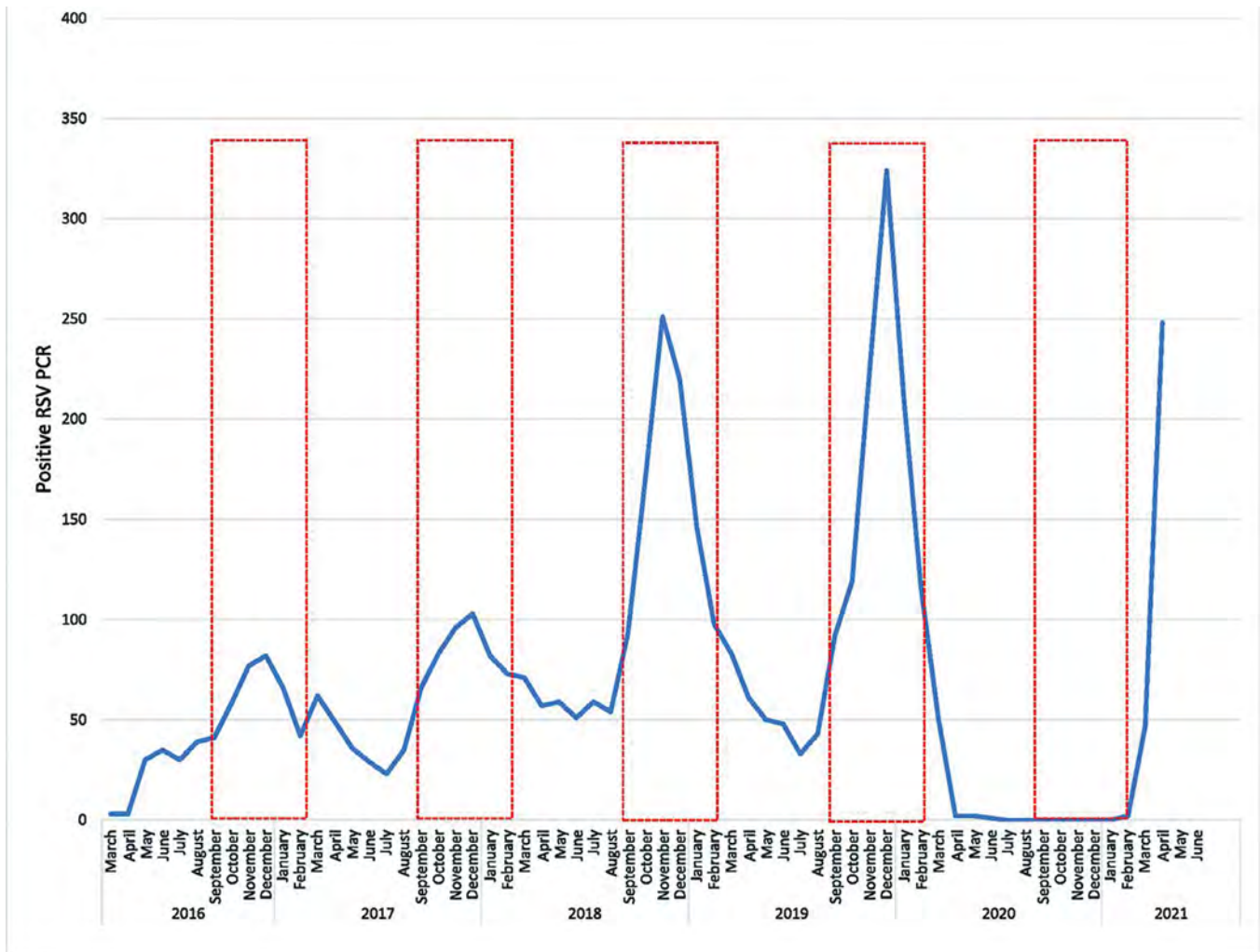
sone senza immunità e ciò contribuisce a rendere più difficile fare previsioni.

Un recente articolo di ricercatori spagnoli ha sottolineato che le **misure di mitigazione del COVID-19 possono essere un'arma a doppio taglio** e conferma l'ipotesi che la riduzione di circolazione di virus può portare ad avere gravi rischi per la prossima stagione. L'articolo non si è concentrato solo sull'influenza ma anche sul **virus respiratorio sinciziale (RSV)**, che pure è crollato lo scorso inverno. Gli autori hanno osservato che "l'assenza di circolazione di alcuni agenti patogeni può portare a una diminuzione dell'immunità di gregge nei loro confronti. Questo può promuovere l'aumento di più gravi, più precoci e lunghe epidemie". In effetti, l'Australia ha registrato un'ondata di RSV stagionale ritardata alla fine settembre 2020, quando le

restrizioni sul distanziamento fisico sono state allentate; ricercatori di New York hanno recentemente riportato risultati simili. Se osserviamo la Figura 2 notiamo, infatti, che normalmente all'inizio della stagione influenzale si effettua la campagna di vaccinazione, che porta ad avere una riduzione dei suscettibili, che viene aumentata dal contatto con il virus selvaggio; con il tempo questa si riduce e l'anno successivo si ripete lo stesso fenomeno e il numero di casi di influenza si verifica con i classici picchi stagionali. Ma dopo un lungo periodo di lockdown e di uso di DPI (dispositivi di protezione Individuale) la circolazione del virus si riduce e questo porta a un **forte aumento dei suscettibili** che già di per sé potrebbe portare a una situazione influenzale peggiore e, se a questo si aggiungesse una riduzione della copertura vaccinale, si potrebbe verificare an-

FIGURA 3.

Andamento annuale del RSV presso il *Maimonides Children's Hospital* dal 2016 al 30 aprile 2021. Le caselle rosse tratteggiate rappresentano la tipica stagione RSV. Nessun caso di RSV è stato registrato nella stagione autunno-inverno 2020 (da Agha e Avner, 2021. <https://pediatrics.aappublications.org/content/148/3/e2021052089/tab-figures-data>).



PCR: reazione a catena della polimerasi.

che una situazione come quella ipotizzata nella figura e cioè un forte incremento dei casi. Questa ipotesi è confermata dal **forte aumento dei casi di RSV che si sono verificati in Australia** e in USA dopo il periodo di lockdown, infatti come possiamo vedere (Fig. 3) il numero dei casi di RSV è fortemente aumentato.

A questo punto dobbiamo dire cosa fare dal punto di vista pratico basandoci su quanto appena detto.

È dimostrato che il bambino si ammala di influenza 6

volte più dell'adulto, spesso ha complicanze e necessità di essere ricoverato e talvolta muore, e si sa che è lui il maggior veicolo dell'infezione all'interno della famiglia e della società.

Noi Pediatri da sempre abbiamo sostenuto la necessità di far sì che la vaccinazione antinfluenzale sia in offerta attiva e gratuita e quindi la fascia di età pediatrica sia inclusa tra le categorie a rischio nella Circolare Ministeriale annuale.

TABELLA I.

Vaccinazione antinfluenzale: 2020-2021 - Coperture Vaccinali per 100 abitanti. Dati aggiornati al 24.7.2021 (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_19_5_0_file.pdf).

Regione	6_23_mesi	2_4_anni	5_8_anni	9_14_anni	15_17_anni	18_44_anni	45_64_anni	65_anni	Totale
PIEMONTE	2,0	3,8	3,4	2,4	1,7	3,9	13,5	62,4	21,9
VALLE D'AOSTA	6,5	14,2	9,6	3,0	1,8	3,6	12,6	52,6	18,8
LOMBARDIA	5,3	22,1	15,5	7,4	3,6	3,4	8,8	60,6	19,4
PA BOLZANO	1,1	2,0	2,2	1,5	1,2	2,7	7,9	41,1	11,7
PA TRENTO	28,7	31,9	17,4	4,8	3,7	11,5	20,6	65,9	26,9
VENETO	10,2	16,1	10,1	3,7	4,9	4,8	15,8	59,6	21,6
FRIULI	15,9	25,3	12,1	2,6	2,1	5,5	16,7	66,5	25,8
LIGURIA	15,1	54,4	19,4	4,9	5,4	10,3	21,4	68,4	31,3
EMILIA ROMAGNA	2,6	6,5	6,0	3,9	3,6	7,4	19,9	70,1	26,1
TOSCANA	16,4	27,9	17,8	12,1	6,4	8,7	21,0	65,5	28,2
UMBRIA	7,3	11,5	6,7	3,6	2,1	4,4	15,1	77,4	26,9
MARCHE	9,2	23,0	15,2	2,8	3,4	8,2	19,0	65,0	26,1
LAZIO	16,2	26,5	15,4	7,1	4,8	9,6	23,4	67,7	27,5
ABRUZZO	4,4	8,8	6,0	2,8	3,5	4,4	0,4	64,1	17,9
MOLISE	6,5	18,9	11,7	3,9	2,3	3,7	14,1	62,3	22,4
CAMPANIA	13,9	21,4	20,0	6,0	5,3	4,0	18,7	66,1	21,9
PUGLIA	12,1	30,3	24,5	14,0	6,2	8,1	21,3	61,1	25,6
BASILICATA	3,6	17,9	19,8	9,2	10,3	3,1	9,0	56,4	19,0
CALABRIA	4,5	18,2	9,4	2,2	2,3	3,2	12,3	79,0	23,5
SICILIA	7,2	8,8	5,0	3,3	6,6	6,6	23,5	75,3	26,5
SARDEGNA	6,2	8,8	11,7	4,1	4,1	6,7	17,4	61,0	23,7
Totale	9,2	19,0	13,1	6,0	4,5	5,9	16,8	65,3	23,7

TABELLA II.

Circolare Ministeriale Influenza 2021-2022: vaccini antinfluenzali stagionali e scelta dei vaccini.

Età	Vaccini somministrabili	Dosi e modalità di somministrazione	Opzioni per la scelta del vaccino
6 mesi-9 anni	- sub-unità, split quadrivalente (QIV)	- 2 dosi (0,50 ml) ripetute a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta - 1 dose (0,50 ml) se già vaccinati negli anni precedenti	Per la fascia d'età 6 mesi - 6 anni l'OMS raccomanda l'uso di formulazioni specifiche per l'età pediatrica.
2 anni-9 anni	- Vaccino quadrivalente su colture cellulari (VIQcc) - Vaccino vivo attenuato (LAIV)	- 2 dosi (0,50 ml) ripetute a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta - 1 dose (0,50 ml) se già vaccinati negli anni precedenti - 2 dosi (0,2 ml) ripetute a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta - 1 dose (0,2 ml) se già vaccinati negli anni precedenti	
10-17 anni	- sub-unità, split quadrivalente (QIV) - quadrivalente su colture cellulari (VIQcc) - Vaccino vivo attenuato (LAIV)	- 1 dose (0,50 ml) - 1 dose (0,50 ml) - 1 dose (0,2 ml)	

TABELLA III.

Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente (da <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74451&parte=1%20&serie=null>).

Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza:

- Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza e nel periodo "post partum"
- Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza:
 - a. malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva - BPCO)
 - b. malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite
 - c. diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con indice di massa corporea (BMI > 30)
 - d. insufficienza renale/surrenale cronica
 - e. malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
 - f. tumori e in corso di trattamento chemioterapico
 - g. malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV
 - h. malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
 - i. patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
 - j. patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari)
 - k. epatopatie croniche
- Soggetti di età pari o superiore a 65 anni**
- Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale
- Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungo degenza
- Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato)

Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori:

- Medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali
- Forze di polizia
- Vigili del fuoco
- Altre categorie socialmente utili che potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati allo svolgimento della loro attività lavorativa; a tale riguardo, la vaccinazione è raccomandata ed è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie
- Infine, è pratica internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività

Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani:

- Allevatori
- Addetti all'attività di allevamento
- Addetti al trasporto di animali vivi
- Macellatori e vaccinatori
- Veterinari pubblici e libero-professionisti

Altre categorie

- Donatori di sangue

**** Anche per la stagione 2021-2022, a causa del permanere dell'emergenza COVID-19, al fine di facilitare la diagnosi differenziale nelle fasce d'età di maggiore rischio di malattia grave, la vaccinazione antinfluenzale è fortemente raccomandata e può essere offerta gratuitamente nella fascia d'età 60-64 anni.**

Ciononostante, per 13 anni la Circolare ha sempre riportato la frase che anche se altre nazioni raccomandano tale vaccinazione in età pediatrica sono necessari ulteriori studi.

Lo scorso anno (2020-2021), in corrispondenza del primo anno COVID, abbiamo invece visto che il Ministero allegava molte fonti bibliografiche che raccomandavano la vaccinazione.

Finalmente, nella Circolare di quest'anno (2021-2022) vediamo una raccomandazione esplicita alla vaccinazione antinfluenzale nell'età pediatrica 6 mesi-6 anni.

CIRCOLARE INFLUENZA 2021-2022

Poiché permane una situazione pandemica COVID-19, si rappresenta l'opportunità di raccomandare la vaccinazione antinfluenzale nella fascia di età 6 mesi-6 anni, anche al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale fra gli adulti e gli anziani.

Certamente il nostro obiettivo è far sì che almeno **la fascia di età dai 6 mesi ai 6 anni sia inclusa nella parte della Circolare che parla delle categorie da vaccinare prioritariamente**, ma intanto basiamoci su questa raccomandazione e vacciniamo i nostri assistiti.

Lo scorso anno abbiamo visto che, contrariamente a quanto accadeva in passato (quando le due regioni virtuose erano la Toscana e la Puglia), la regione che ha dimostrato raggiungere un'elevatissima copertura

vaccinale è la regione Liguria che nella fascia di età 2-4 anni ha superato il 54% (Tab. I)

Noi Pediatri di famiglia siamo sempre inclini alla prevenzione e nel nostro contratto nazionale la vaccinazione antinfluenzale (anche se rimandata poi ad accordi locali) è tra i nostri compiti.

Quindi questo anno per la prima volta ci troveremo, in tutta Italia, nella possibilità di consigliare ed effettuare la vaccinazione nei nostri studi.

I vaccini disponibili sono diversi come diversa sarà l'organizzazione nelle varie regioni. Infatti, pur essendo disponibile il vaccino spray nasale, non tutti lo hanno inserito (purtroppo) nelle gare e sappiamo quanto sia gradita nei nostri bimbi la possibilità di non effettuare l'iniezione a fronte di un vaccino sicuro ed efficace che ha ampiamente dimostrato la sua capacità nel ridurre il *burden* della malattia. Fortunatamente è prevista anche una confezione singola reperibile nelle farmacie.

Bibliografia di riferimento

Agha R, Avner JR. Delayed Seasonal RSV Surge Observed During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics* 2021;148:e2021052089. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052089>

Foley DA, Yeoh DK, Minney-Smith CA, et al. The Interseasonal Resurgence of Respiratory Syncytial Virus in Australian Children Following the Reduction of Coronavirus Disease 2019-Related Public Health Measures. *Clin Infect Dis* 2021;Feb 17;ciaa1906. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1906>

Mohn KG-I, Smith I, Haakon Sjursen H, et al. Immune responses after live attenuated influenza vaccination. *Hum Vaccin Immunother* 2018;14:571-578. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1377376>

Rubin R. Influenza's Unprecedented Low Profile During COVID-19 Pandemic Leaves Experts Wondering What This Flu Season Has in Store. *JAMA* 2021;326:899-900. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.14131>

Sanz-Muñoz I, Tamames-Gómez S. Social Distancing, Lockdown and the Wide Use of Mask; A Magic Solution or a Double-Edged Sword for Respiratory Viruses Epidemiology? *Vaccines* 2021;9:595. <https://doi.org/10.3390/vaccines9060595>

ilmedicopediatra 2021;30(3):44-47;
<https://doi.org/10.36179/2611-5212-2021-51>

Malattie rare: focus sulla neurofibromatosi di tipo 1 (NF-1)

Giuseppina Annicchiarico

*Responsabile nazionale del Gruppo di Studio Malattie Rare FIMP;
 Coordinatore Regionale Malattie Rare dell'Agenzia Regionale per il Sanitario e il Sociale, Puglia*

La neurofibromatosi (NF) è una malattia rara con ereditarietà autosomica dominante distinta in tre varianti: la NF-1, più comune, a esordio infantile e nota anche come malattia di von Recklinghausen, la NF-2 e la schwannomatosi, queste ultime due estremamente rare e a esordio nell'età adulta.

La NF-1, in particolare, con la sua incidenza di circa un caso su 3.000-4.000, è globalmente più diffusa di altre malattie genetiche, quali la fibrosi cistica, la distrofia muscolare ereditaria e la malattia di Huntington, non è influenzata dal sesso e dall'etnia ed è associata alla mutazione del gene NF1.

Negli ultimi tempi le malattie rare sono diventate sempre più oggetto di interesse generale. L'attività sommersa condotta dagli esperti del settore degli scorsi trent'anni ha determinato nuovi assetti e apre finalmente nuovi scenari sia in termini di management dell'assistenza pubblica, sia in termini di innovazione della gestione clinica (dalla diagnosi al follow-up) e della terapia. Le malattie rare sono causa dei 2/3 della mortalità infantile, ma è nella gravissima e lunga disabilità correlata che esprimono il massimo del danno per le ricadute sul malato e sulla sua famiglia e per le ripercussioni socio-sanitarie che conseguono. La complessità di gestione è legata alla "specificità" della cronicità, motivo per cui è stato necessario l'allestimento di percorsi di cura sostanzianti sull'interdisciplinarietà e multidimensionalità dell'assistenza. Sono reti di professionisti supportati da reti informative a sostegno del dialogo tra gli attori della cura coinvolti in tutta la filiera dell'assistenza: dall'ospedale di riferimento, che dista da poche centinaia a migliaia di chilometri da casa, agli altri specialisti di riferimento che possono trovarsi anche in ospedali diversi, fino alla rete di prossimità, l'ospedale più vicino al domicilio per la gestione del follow-up e delle emergenze, i centri di riabilitazione, il Pediatra di libera scelta che, dal punto di vista della famiglia è in realtà

Corrispondenza:

Giuseppina Annicchiarico
annicchiarico.giuseppina@gmail.com

How to cite this article: Annicchiarico G. Malattie rare: focus sulla neurofibromatosi di tipo 1 (NF-1). *Il Medico Pediatra* 2021;30(3):44-47. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2021-51>

© 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>

non l'ultimo, ma il primo e continuo interlocutore di mamma e papà. È quello che può accadere quando i genitori rilevano sulla pelle del bambino la presenza di macchie caffè latte. "Che significa, quando dargli peso, che cosa può succedere negli anni?", sono le domande che più frequentemente i genitori rivolgono ai medici. Sei o più macchie cutanee di dimensioni uguali o superiori a 0,5 cm, di due o più neurofibromi sottocutanei o di un neurofibroma plessiforme, e anche lentiggini nell'area ascellare e/o inguinale, familiarità e noduli di Lisch (amartomi brunastri riscontrabili a livello oculare) figurano tra i criteri diagnostici della NF-1. Esistono diverse forme cliniche: ognuna è una malattia differente con destino assolutamente diverso. Il Pediatra deve orientare la famiglia verso il Centro di riferimento più appropriato attivando un sistema di relazione prioritario grazie al quale potrà approfondire e studiare la specifica sottoforma che appartiene al proprio assistito e, parallelamente, deve raccordarsi nel proprio territorio con specialisti affidabili che possano garantire il follow-up per detenere in maniera definitiva il ruolo di collettore delle cure. Solleverà la famiglia da pericolose ricerche autonome e dai rischi cui il web espone.

Il Pediatra di famiglia dalla diagnosi alla cura

Al Pediatra di famiglia non viene affidato il ruolo e il compito della diagnosi definitiva, bensì la responsabilità del sospetto precoce e dell'invio in uno dei nodi della rete di assistenza delle malattie rare. Il Pediatra di famiglia è la persona di fiducia che interloquisce e fa da tramite tra la famiglia e la complessità del sistema di assistenza sanitaria pubblica italiana che ha consentito, grazie alle sue caratteristiche di universalità, l'evoluzione della rete di assistenza ai malati rari. Negli ultimi decenni si è sviluppato un sistema di intesa tra i livelli centrali, quali il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e le regioni italiane. La nascita dei Coordinamenti Regionali delle malattie rare ha consentito di censire i bisogni delle persone, le caratteristiche dell'offerta sanitaria dei vari territori italiani e ha prodotto un'organizzazione che ha consentito

l'individuazione degli ospedali in cui vengono curate le diverse malattie, la nascita di registri di popolazione che, sempre nel rispetto della normativa sulla privacy, rilevano in maniera omogenea i pazienti e le malattie di cui sono affetti e, a cascata, ha reso possibile anche la candidatura e, quindi, l'ingresso degli ospedali italiani nella rete di assistenza Europea, *European Reference Network* (ERN). I sistemi sanitari dell'Unione Europea (UE) intendono fornire un'assistenza di elevata qualità ed efficacia. Le Reti di Riferimento Europee (ERN) sono reti virtuali che coinvolgono prestatori di assistenza sanitaria in tutta Europa. Il loro compito è favorire la discussione sulle condizioni e malattie rare o complesse che richiedono cure altamente specializzate e conoscenze e risorse concentrate. Per riesaminare la diagnosi e le cure di un paziente, i coordinatori delle ERN convocano dei gruppi consultivi "virtuali" di medici specialisti in diverse discipline, utilizzando un'apposita piattaforma informatica.

La procedura e i criteri per istituire una rete di riferimento europea e per la selezione dei suoi membri sono definiti dalla legislazione dell'UE. Le prime reti sono state create nel marzo 2017 con la partecipazione di oltre 900 unità di assistenza sanitaria altamente specializzate provenienti da oltre 300 ospedali di 26 paesi dell'UE. 24 reti di riferimento europee stanno lavorando su una serie di questioni tematiche, tra cui disturbi ossei, tumori infantili e immunodeficienza.

Che significa in termini pratici per il Pediatra di famiglia? Il Pediatra deve conoscere lo scenario internazionale e nazionale, deve saper interloquire con i riferimenti della rispettiva rete regionale malattie rare di cui lui stesso è attore e interprete. Ogni regione ha un proprio "coordinamento malattie rare" che ha consentito l'allestimento di help line regionali, e talora anche provinciali, a cui è possibile rivolgersi per avere la mappa degli ospedali di riferimento di quella specifica malattia/gruppo di malattie cui, per specialità, possono essere inviati i pazienti con determinati sospetti (<https://uniemo.org/cosa-facciamo/regioni/helpline-regionali>).

Ma il compito del Pediatra di famiglia non finisce con l'invio al centro di riferimento. Rappresenta anche il sistema di allerta che la Sanità pubblica italiana possiede nei confronti della prevenzione delle complicanze della malattia rara. Nello specifico, la neurofibromatosi racchiude al suo interno una grande varietà di malattie e il Pediatra diventa il vero strumento di sanità pubblica capace di sostenere la famiglia nel difficile percorso di cura. Il Pediatra è anche la figura che rassicura la famiglia e valuta insieme a essa gli aspetti che via via si delineano sia quando la malattia si presenta in modo più severo e richiede numerosi trattamenti e assistenza specifica, sia quando si presenta, come può accadere, in forma più lieve e con poche complicanze e di scarso impatto sulle condizioni generali di salute del paziente.

La NF-1 ha fenotipi con *score* di gravità molto differenti. Anche all'interno della stessa famiglia i soggetti possono avere manifestazioni cliniche diverse, da forme con manifestazioni cliniche lievi e che richiedono saltuari controlli clinici, a forme più severe che impattano violentemente sulla qualità della vita. In generale, elemento comune è la presenza di macchie caffelatte che possono essere presenti sin dalla nascita oppure si sviluppano entro l'anno di vita. Così come le lentiggini si sviluppano soprattutto a partire dai 5 anni. In generale i neurofibromi sottocutanei si sviluppano con l'aumentare dell'età e continuano ad aumentare sia di numero che di dimensioni ma non si trasformano in formazioni maligne. I neurofibromi plessiformi, che generano dalle cellule di Schwann che rivestono i nervi, sono in genere presenti sin dalla nascita e possono diventare maligni, inducono limitazioni funzionali, dolore e gravi inestetismi. Possono essere presenti osteopenia, osteoporosi, iperaccrescimento scheletrico, bassa statura, macrocefalia, scoliosi, displasia scheletrica (a livello delle vertebre, dell'ala dello sfenoide) e pseudoartrosi. Altre comorbidità comprendono ipertensione, vasculopatie, tumori intracranici (gliomi a basso grado e glioblastomi), e, raramente, convulsioni o idrocefalo. Il Pediatra di famiglia può, attraverso la conoscenza

della specifica malattia e del proprio assistito, diventare il catalizzatore delle cure guidando la famiglia a un *empowerment* competente.

Epidemiologia: dai dati ipotizzati ai dati reali

Nell'ultimo decennio le regioni italiane hanno sviluppato i Registri Regionali Malattie Rare. Questo ha consentito di valutare la reale capacità di diagnosi dei propri territori e ha consentito anche, attraverso l'invio dei dati all'Istituto Superiore di Sanità, la nascita del Registro Nazionale Malattie Rare. È stata un'operazione molto complessa legata al fatto che le malattie rare sono assolutamente diverse tra loro (Orphanet conta circa 7.000 entità nosologiche) e colpiscono un numero elevato di popolazione; le "reti malattie rare" sono pertanto costituite dalla interconnessione tra le reti verticali degli ospedali (e le loro diverse diramazioni specialistiche) con le reti orizzontali del territorio. Le infrastrutture logiche connettono i nodi principali della filiera dell'assistenza e oggi dati omogenei provenienti da tutti i territori consentono l'allestimento di modelli organizzativi di allerta incentrati sul bisogno specifico del malato per la sua malattia. In buona sostanza si ipotizza la presenza di circa 20.000 pazienti con NF-1 in Italia. Il Sistema Informativo Malattie Rare della Regione Puglia, in una rilevazione effettuata a luglio 2021, ha calcolato un numero totale di assistiti affetti da neurofibromatosi pari a 604 persone e in particolare 226 di loro sotto i 16 anni e 378 oltre i 16 anni di età.

Ricerca: storia dell'innovazione

L'approccio al tema dell'innovazione nella cura delle malattie rare non può che partire dalle riflessioni di ordine storico e anche di ordine geografico, intercontinentale. Gli investimenti nell'ambito della ricerca scientifica da parte dei vari paesi nel mondo, la migrazione degli scienziati, la difficoltà di trovare il numero sufficiente di pazienti coinvolti e quindi il coinvolgimento di più paesi o più continenti all'interno di trial clinici sono elementi fondamentali di discussione nell'ambito dell'innovazione nella diagnosi e nella cura delle malattie rare.

È grazie alla genetica che è stato possibile identificare le varie forme di neurofibromatosi che verranno descritte nei prossimi numeri di questa serie di articoli di approfondimento. Pari valore ha assunto l'evoluzione della radio diagnostica che ha facilitato la diagnosi dei neurofibromi plessiformi che caratterizzano alcuni di questi malati (30-50%). Particolare rilievo ha assunto la volontà spontanea di alcuni ricercatori del *National Cancer Institute di Bethesda, Maryland*, di utilizzare e, anzi, di riusare nei neurofibromi plessiformi una molecola, selumetinib, già in fase di sperimentazione per altri tumori solidi, ad esempio del polmone, della tiroide e il melanoma uveale.

La risposta dei neurofibromi plessiformi al farmaco è stata valutata in base all'endpoint primario ORR, *Overall Response Rate* (tasso di risposta globale). La popolazione studiata ha incluso un range di età tra i 3 e i 18 anni e la risposta è stata valutata pari al 68%, cioè su 100 persone 68 hanno avuto una riduzione superiore al 20% della massa. Risultano evidenti le assonanze con il valore economico e circolare del riuso che ha consentito alle autorità americane prima ed europee successivamente di considerare sufficienti trial di fase 1 e 2 per l'approvazione del farmaco. Altrettanto eviden-

te ancora una volta la necessità di investire idee e risorse economiche sul tema della ricerca per il trattamento delle malattie rare che, a causa della dispersione dei pazienti tra i vari continenti, necessita in modo impellente di accordi internazionali che facilitino l'accesso sicuro alle terapie da parte delle persone con malattie rare e in particolare dei bambini, che rappresentano la proiezione futura della società attuale.

Etica dell'innovazione: la formazione del Pediatra di famiglia

Il lessico della cura è sempre più presente nel dibattito contemporaneo e la velocità con cui le informazioni, corrette e meno corrette, corrono sul web possono avere ricadute aberranti sui percorsi reali delle persone. Percorsi autorizzativi chiari e condivisi tra i vari paesi nel mondo sono dunque alla base di un accesso sicuro alle terapie innovative da parte di questi ammalati. Il coinvolgimento competente del Pediatra di famiglia formato in generale sulle organizzazioni di sanità pubblica in tema di malattie rare e, nello specifico, sulla malattia del proprio bambino assistito, può fare la differenza per evitare di ingenerare nelle famiglie inutili speranze e piuttosto favorire percorsi di cura appropriati e quindi efficaci.

Ostetricia per profani: assistenza al parto fisiologico e distocico Cosa fare ... e cosa non fare Corso di formazione teorico-pratico Genova, Centro di Simulazione, 23 ottobre 2021

Con il patrocinio di



Il corso, riservato a medici, infermieri e ostetriche, si terrà il 23 ottobre (numero minimo per attivazione corso 10 partecipanti) presso il modernissimo Centro di Simulazione Universitario di Genova.

Si tratta di una giornata di simulazione ostetrica con manichini che riproducono fedelmente il parto vaginale.

Obiettivo formativo: fornire le basi di assistenza ostetrica a personale sanitario inesperto in ostetricia, in situazioni extra ospedaliere o in paesi a basse risorse.

Il corso è accreditato per n. 15 tra medici chirurghi (discipline: tutte le discipline), infermieri e ostetriche e assegna n. 10,9 crediti formativi.

Il costo dell'iscrizione è di Euro 150 (entro il 15 settembre) ed Euro 180 (dopo il 15 settembre)

Per le iscrizioni al corso e ulteriori informazioni contattare:

MEDICI IN AFRICA ONLUS Segreteria Organizzativa
Da lun. a ven. 09.45/13.45 • tel 349 8124324
mediciinafrica@unige.it o segreteria@mediciinafrica.it

