

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri



*Dalla laurea
alla pensione
La guida completa per i
medici di medicina generale
- 2^a parte*

La tecnologia digitale in Pediatria

Una rara lussazione posteriore di spalla

Il martedì... è FIMP

Prima Ricerca Nazionale su stili di vita
e abitudini alimentari dei bambini
e degli adolescenti

Laura Reali eletta Presidente dell'ECPCP

Fotografia che Passione!



PACINI
EDITORE
MEDICINA

1 2023

Editoriale del Direttore

- 1 A. Ballestrazzi

Attività professionale

- 2 **FIMP e Previdenza: un'opportunità informativa per tutti gli iscritti**
A. Antonelli
- 4 **Dalla laurea alla pensione. La guida completa per i medici di medicina generale - 2ª parte**
- 11 **La tecnologia digitale in Pediatria ovvero come promuoverne un uso giudizioso nei bambini**
G. Cerimoniale, E. Malorgio, F. Ceschin, G. Vitali Rosati, P. Becherucci, G. Ragni, G. Minardo, P. Brambilla, S. Gambotto, G. Bottaro, P.L. Tucci
- 23 **Una rara lussazione posteriore di spalla nel bambino**
S. Bonfiglio, A. Famoso

News

- 28 **Il martedì... è FIMP**
- 33 **Prima Ricerca Nazionale su stili di vita e abitudini alimentari dei bambini e degli adolescenti**
- 36 **Laura Reali eletta Presidente dell'ECPCP**
- 37 **Fotografia che Passione!**

DIRETTORE ESECUTIVO

Antonio D'Avino

DIRETTORE EDITORIALE

Alessandro Ballestrazzi

DIRETTORE RESPONSABILE

Eleonora Mancini

COMITATO DI REDAZIONE

Alessandro Ballestrazzi

Lucia Peccaris

Roberto Sacchetti

Giovanni Semprini

Immacolata La Bella

CONTATTI

ilmedicopediatra@fimp.pro

FIMP - SEGRETERIA NAZIONALE

Antonio D'Avino, Presidente

Luigi Nigri, Vice Presidente

Nicola Roberto Caputo, Vice Presidente

Domenico Careddu, Segretario Organizzazione

Osama Al Jamal, Segretario Tesoreria

Giuseppe Di Mauro, Segretario Attività Scientifiche e Etiche

Paolo Felice, Vicesegretario Organizzazione

Silvia Zecca, Vice Segretario Tesoreria

Antonella Antonelli, Segretario Attività previdenziali e assicurative

Giovanni Cerimoniale, Segretario Presidenza

© 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 Paponcini • Business Unit Manager
Tel. 050 31 30 218 • fpaponcini@pacinieditore.it
Alessandra Crosato • Account Manager
Tel. 050 31 30 239 • acrosato@pacinieditore.it
Francesca Gori • Business Development & Scientific Editorial Manager
fgori@pacinieditore.it
Manuela Mori • Digital Publishing & Advertising
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



PACINI
EDITORE
MEDICINA

ilmedicopediatra 2023;32(1):1

Editoriale del Direttore



Alessandro Ballestrazzi

In questo numero prosegue e si conclude la pubblicazione del Manuale ENPAM su previdenza e assicurazioni, la cui prima parte è stata pubblicata nell'ultimo numero del 2022. Il Manuale in originale è disponibile sul sito ENPAM ma riteniamo che la pubblicazione sulla nostra rivista rappresenti l'occasione per estenderne la diffusione presso tutti i colleghi. L'articolo è accompagnato da una breve presentazione del Segretario Nazionale alle Attività Previdenziali e Assicurative, Antonella Antonelli.

Sempre in questo numero trovate una scelta di articoli scientifici e segnalazioni di iniziative culturali e scientifiche. Sono tutti di grande interesse, ma ne voglio segnalare alcune in particolare.

Prima di tutto la presentazione dei martedì FIMP: una serie di webinar che si protrarrà fino a dopo l'estate e che coprono una varietà di temi, anche insoliti, di grande rilevanza per il Pediatra di famiglia. I primi webinar hanno avuto grande successo, con centinaia di pediatri iscritti, e siamo certi che questa iniziativa, varata con il contributo determinante del Board Scientifico di FIMP coordinato da Pino Di Mauro, rappresenti il modo giusto di fare formazione per il Pediatra di famiglia, con contenuti scientifici di elevatissimo livello ma senza perdere di vista, come è giusto che sia, la necessità specifiche dei pediatri che lavorano quotidianamente nel territorio a contatto con i bambini e con le loro famiglie. La seconda iniziativa che voglio segnalare è la Prima Ricerca Nazionale su stili di vita e abitudini alimentari dei bambini e adolescenti, progetto che vede FIMP in collaborazione con importanti istituzioni scientifiche e che permetterà di raccogliere dati su un aspetto cruciale della popolazione pediatrica del nostro Paese. Troverete quindi la presentazione del progetto e le modalità di partecipazione.

A seguire troverete la presentazione di un Concorso di Fotografia aperto ai lettori de Il Medico Pediatra e a tutti i pediatri che vogliono partecipare. Abbiamo pensato che sia giusto, in mezzo a tante altre cose, aprire uno spazio che permetta di condividere la propria passione con gli altri colleghi e chissà mai ne spinga altri ad appassionarsi alla fotografia. Per quanto riguarda la parte scientifica troverete un bell'articolo su un argomento di grande attualità cioè l'uso giudizioso della tecnologia digitale in Pediatria e un interessante articolo su un raro caso di lussazione di spalla in età pediatrica.

Buona lettura e al prossimo appuntamento con Il Medico Pediatra.

Corrispondenza

Alessandro Ballestrazzi
alessandroballestrazzi@gmail.com

How to cite this article: Ballestrazzi A. Editoriale del Direttore. Il Medico Pediatra 2023;32(1):1.

© 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>

ilmedicopediatra 2023;32(1):2-3;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-1

FIMP e Previdenza: un'opportunità informativa per tutti gli iscritti

Antonella Antonelli

Segretario Nazionale alle Attività Previdenziali e Assicurative

Da sempre FIMP si è occupata attivamente di previdenza nella convinzione che la *mission* del sindacato sia di occuparsi non soltanto degli iscritti nel corso della loro vita lavorativa, ma anche nel periodo successivo, cioè quello della pensione.

Sotto questo punto di vista FIMP è presente non solo nel Consiglio di Amministrazione di ENPAM, ma anche nella Consulta e in Salutemia, lo *spinoff* di ENPAM, che si occupa di proporre ai medici una valida polizza sanitaria integrativa. Ma tutto questo, per quanto importante, non basta. Occorre portare a conoscenza degli iscritti le problematiche previdenziali che li riguardano in modo che possano effettuare con consapevolezza scelte decisive per il proprio futuro.

Per questo sono allo studio una serie di iniziative di formazione webinar su vari temi che riguardano non solo la previdenza ma anche le problematiche assicurative e di *risk management*.

Il Medico Pediatra ha già iniziato dal canto suo con la pubblicazione del manuale ENPAM su previdenza e assicurazioni fin dall'ultimo numero del 2022, pubblicazione che prosegue e si conclude con questo fascicolo con la parte riguardante gli aspetti assicurativi che interessano il medico convenzionato.

Per quanto riguarda le assicurazioni per i nostri iscritti, voglio segnalare l'assicurazione per i primi 30 giorni di malattia, anche quest'anno rinnovata in convenzione con Zurich e quella per la RCA professionale.

Come certamente saprete, la Legge Gelli-Bianco 24/2017 ha stabilito tra l'altro l'obbligatorietà dell'assicurazione RCA professionale.

FIMP ha studiato insieme al Gruppo Reale Mutua un'assicurazione le cui caratteristiche rispondono alle esigenze scaturite dalla nuova legislazione. Nel box a piè di pagina troverete i riferimenti e i contatti per queste due polizze assicurative.

Voglio infine ricordare che l'assicurazione di cui sopra (e in generale

Corrispondenza

Antonella Antonelli
antonellaantonelli@fimp.pro

Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Antonelli A. FIMP e Previdenza: un'opportunità informativa per tutti gli iscritti. Il Medico Pediatra 2023;32(1):2-3. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-1>

© 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>

gran parte delle assicurazioni) prevedono anche l'assicurazione postuma che si attiva cioè dopo il pensionamento o in caso di premorienza e che fa fronte a eventuali contenziosi relativi al periodo di attività. Si tratta di una tutela importante per il pediatra in quiescenza e/o per i familiari.

Un aspetto importante della *mission* di FIMP è la tutela degli iscritti a 360 gradi. Sotto questo punto di vista, FIMP è tra i promotori, insieme alle altre sigle sindacali e a ENPAM, di Salutemia, una forma di assistenza integrativa alle condizioni più vantaggiose rispetto a quanto offre il mercato, che si articola in un piano base integrabile con aggiunte (ad es. per ricoveri o cronicità) o in un piano già integrato (Optima Plus). Maggiori informazioni le troverete sul sito: www.salutemia.net.

Voglio infine portare alla vostra conoscenza un aspetto che, anche se apparentemente esula dalle questioni più strettamente assicurative o di previdenza, ciò non di meno riguarda strettamente il benessere del Pediatra di famiglia, in particolare negli anni immediatamente precedenti al pensionamento, anni in cui sia per scelta che per necessità il pediatra può desiderare un minore impegno professionale con più tempo da dedicare ad

altri interessi, senza per questo rinunciare anzitempo alla professione.

A questo proposito ENPAM ha istituito l'APP o Anticipo di Prestazione Previdenziale, un istituto fortemente voluto da FIMP, che prevede la possibilità per il professionista in possesso dei requisiti necessari (più di 700 assistiti, 62 anni più 35 anni di contribuzione ENPAM e 30 anni di iscrizione all'Ordine dei Medici, oppure semplicemente 42 anni di contribuzione ENPAM) di ridurre la propria attività per una percentuale variabile tra il 30 e il 70%, venendo affiancato da un giovane collega per la relativa parte. Il collega anziano percepirà in tal modo da un lato un anticipo di pensione e dall'altro la retribuzione convenzionale corrispondente alla quota di attività professionale mantenuta per un importo complessivo corrispondente circa allo stipendio normalmente percepito. Nel box a piè di pagina troverete le modalità di accesso a questa possibilità che permette, lo voglio sottolineare, da un lato di ridurre la propria attività in modo non immediato e graduale, e nello stesso tempo di favorire il ricambio generazionale tra pediatri, oltre che naturalmente favorire e implementare la formazione dei colleghi più giovani nell'ambito complesso e affascinante delle cure primarie pediatriche.

Zurich (primi 30 giorni di malattia)

Referente: Signora Monica Garbato 042522267 • Agente: Signor Rinaldo Boggiani 3483629672

Gruppo Reale Mutua (RCA professionale)

LEAD Broker & Consulting 0621128272 • fimp.convenzione@leadbroker.it

ilmedicopediatra 2023;32(1):4-10;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-2

Dalla laurea alla pensione

La guida completa per i medici di medicina generale - 2ª parte

Le Guide del Giornale della Previdenza - Enpam

Medici di famiglia, di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta

Convenzionati, aspiranti o sostituti: tutto ciò che bisogna sapere su iscrizione, fisco, assicurazioni, contributi, pensione e prestazioni

È con grande piacere che pubblichiamo su questo numero de Il Medico Pediatra la sezione sulle Assicurazioni del nuovissimo manuale del Giornale della Previdenza Enpam "Dalla laurea alla pensione". Ringraziamo il Presidente dell'Enpam, dott. Alberto Oliveti, Il Responsabile della comunicazione Enpam, dott. Gabriele Discepoli, e la dott.ssa Laura Petri per averci dato l'opportunità di pubblicare questa parte del manuale.

Da: *Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri - Anno XXVII - nn. 5-6 del 18-11-2022, pp. 9-15*
<https://www.enpam.it/giornale-della-previdenza/>

How to cite this article: Dalla laurea alla pensione. La guida completa per i medici di medicina generale - 2ª parte. Il Medico Pediatra 2023;32(1):4-10. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-2>

© 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>

Assicurazione

Polizza Rc, lo scudo professionale per il medico

Per indossare il camice ed esercitare, il medico deve dotarsi di uno scudo assicurativo per la responsabilità civile professionale. Lo ha ribadito la legge Gelli che, nonostante manchi ancora dei decreti attuativi, ha fatto chiarezza sui profili di colpa professionale del medico, in caso di morte o lesioni a danno di un paziente per negligenza, imprudenza o imperizia. Sorvolando sui profili di colpa e sull'argine costituito dal rispetto di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali, una polizza Rc professionale ha lo scopo di tutelare paziente e medico. Il primo come parte lesa, il secondo dalle eventuali richieste risarcimento o rivalse che pazienti e aziende ospedaliere potrebbero avanzare in caso di colpa professionale. Ad esempio, i guai più frequenti in cui può incorrere un medico di medicina generale sono un'accusa per mancata diagnosi o per un presunto errore durante una manovra.

Nella difficoltà di orientarsi nel vasto mare dei prodotti assicurativi, alcuni sindacati di categoria propongono convenzioni con le maggiori compagnie o contratti su misura. La garanzia implicita offerta è quella di prodotti testati, la cui bontà è stata vagliata da esperti che hanno passato in rassegna contratti e clausole. Ad esempio, Fimmg ha cucito su misura una polizza con Reale mutua assicurazioni, con premio scontato di due terzi per i corsisti in medicina generale. Snami propone polizze con UnipolSai

L'ABC DELLA RC PROFESSIONALE

Vediamo in un breve glossario delle caratteristiche principali che una polizza professionale deve avere

Adeguata alla Gelli: la polizza deve rispettare i criteri della legge Gelli. Deve cioè avere delle caratteristiche minimali in termini di retroattività e ultrattività. Questo perché un paziente può denunciare a distanza di anni da un evento che ritiene gli abbia causato un danno.

Prescrizione: un paziente che si ritiene danneggiato dalla condotta di un medico ha 10 anni di tempo per denunciare. I 10 anni non decorrono dal momento dell'evento dannoso, ma dal momento in cui il paziente si accorge o viene a conoscenza del danno subito.

Tutela legale: garantisce all'assicurato l'assistenza di un avvocato di propria scelta. Spesso i medici subiscono procedimenti penali che poi non sfociano in risarcimenti, ma hanno comunque bisogno di essere rappresentati nelle sedi legali da un avvocato di fiducia.

Massimale: è un elemento molto importante di una polizza e rappresenta la cifra massima che l'assicurazione risarcisce in caso di danni a terzi, oltre il quale il medico dovrà provvedere di tasca propria. Per un medico di base, un massimale opportuno può essere 1-2 milioni di euro.

Franchigia: è invece la cifra al di sotto della quale un eventuale risarcimento è a carico dell'assicurato.

Premio assicurativo: è la cifra che l'assicurato deve pagare alla compagnia di assicurazioni per stipulare la polizza e aumenta all'aumentare del massimale e delle garanzie offerte.

Retroattività: è la garanzia assicurativa che copre anche gli eventi accaduti nei 10 anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'assicurazione quando la polizza è in vigore.

Ultrattività (o postuma): è la copertura che deve essere richiesta dal medico (con un pagamento aggiuntivo) per essere coperto per 10 anni una volta cessata l'attività professionale (ad es. con la pensione) dalle richieste di risarcimento legate a fatti avvenuti mentre l'assicurazione di responsabilità civile professionale era attiva

ed European broker. Anche Smi propone una soluzione assicurativa di UnipolSai ai propri iscritti. Fimp, invece, ha stretto una convenzione con Cattolica assicurazioni. Per quanto riguarda i prezzi annuali (premi) sul mercato si trovano polizze a partire da 300 € in su, ma più che il costo in sé è bene valutare le garanzie offerte, quali eventi sono coperti e quali no.

Genitorialità

Le tutele per il bebè in arrivo

L'Enpam garantisce una serie di tutele alle dottoresse che stanno per diventare mamme (nascita di un figlio,

MAMME IN FORMAZIONE

PER CHI STUDIA ALL'UNIVERSITÀ

Alle studentesse universitarie che hanno scelto di iscriversi alla Fondazione, l'Enpam garantisce un sussidio per la maternità (nascita figlio, adozione/affidamento, interruzione di gravidanza) e il bonus per il bambino.

SPECIALIZZANDE IN PEDIATRIA: SECONDO BEBÈ, CHI PAGA?

Le specializzande conservano la borsa di studio per i primi 12 mesi di assenza, indipendentemente dal fatto che sia dovuta a malattia o a gravidanza.

Se con una seconda gravidanza il periodo di congedo supera il limite pagato dall'Università, interviene l'Enpam. Facendo un esempio, se con la prima gravidanza hai usufruito di 10 mesi di congedo, per la seconda gravidanza avrai altri due mesi di assenza retribuita e tre mesi pagati dall'Enpam.

La Fondazione tra l'altro garantisce un periodo di 8 mesi, al posto dei 5 canonici, nel caso in cui la specializzanda abbia un reddito complessivo (imponibile Irpef, quindi non conta la borsa di studio) che non supera gli 8.145 €.

adozione o affidamento preadottivo di un minore). Gli aiuti vanno dall'indennità di maternità (prevista anche in caso di aborto spontaneo o terapeutico dopo il terzo mese di gravidanza) ai sussidi per il primo anno di vita del bambino o di ingresso del minore in famiglia (in caso di adozione).

È prevista anche la possibilità di coprire gli eventuali periodi privi di contribuzione dovuti alla possibile sospensione dell'attività professionale.

Le tutele sono estese ai papà in casi particolari.

Per chi vale l'obbligo di astensione

Il nuovo accordo collettivo nazionale della medicina generale ha introdotto l'obbligo di astensione per gravidanza dal lavoro per le dottoresse di continuità assistenziale con incarico orario.

L'attività viene sospesa per il periodo obbligatorio previsto dalla legge, con conservazione dell'incarico per la durata del periodo (5 mesi).

La sospensione è invece facoltativa per i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e le pediatre di libera scelta. L'eventuale costo del sostituto è per il primo mese a loro carico, dal secondo mese, invece, è l'Asl a pagare il sostituto, mentre alla dottoressa sostituita spetta una percentuale del compenso per pagare le spese fisse (affitto dello studio, personale, ecc).

Allattamento

Per i primi 12 mesi di vita del bambino o dell'ingresso

del minore in famiglia, il nuovo accordo prevede la possibilità di lavorare a tempo parziale per l'allattamento o per prendersi cura del bambino.

Il tempo parziale può essere chiesto anche per altre esigenze familiari (come per esempio l'assistenza a un fa-

miliare disabile). In totale il periodo non deve superare i 18 mesi nell'arco di cinque anni.

Per questo periodo l'azienda sanitaria non prevede indennità. Pertanto i medici di famiglia e le pediatre di libera scelta dovranno pagare il sostituto.

AIUTI PER LE DOTTORESSE IN CASO DI MATERNITÀ

Indennità di maternità e/o adozione	80% di 5/12 del reddito professionale prodotto nel secondo anno precedente la nascita o l'ingresso del minore in famiglia, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento. Per le dottoresse che non hanno reddito o hanno redditi molto bassi (inferiori a 18mila €) viene garantito un importo minimo di 5.180,50 € a cui l'Enpam aggiunge un assegno di 1.035 € (importo indicizzato). Per i redditi più alti è stabilito un importo massimo di 25.902,50 €.	Possibile estensione di 3 mesi (in totale la tutela copre 8 mesi)
Indennità di affidamento	80% di 3/12 del reddito professionale prodotto nel secondo anno precedente la nascita o l'ingresso del minore in famiglia, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento.	Possibile estensione di 3 mesi (in totale la tutela copre 8 mesi)
Indennità di gravidanza a rischio	L'importo dell'indennità giornaliera viene determinato prendendo come base di calcolo l'80% del reddito professionale prodotto nel secondo anno precedente la nascita o l'ingresso del minore in famiglia, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento, che viene riparametrato sul periodo di interdizione dal lavoro riconosciuto dall'Asl (cioè: se il periodo è di tre mesi, l'assegno corrisponde a 3/12 dell'80% del reddito). L'assegno copre il periodo di interdizione dal lavoro stabilito dall'Asl, fino, al massimo, ai due mesi che precedono la data presunta o effettiva del parto. Per le dottoresse che non hanno reddito o hanno redditi molto bassi (inferiori a 18mila €) viene garantito un importo minimo di 1.036,10 € al mese (sino a un massimo di 6 mesi). Per i redditi più alti è stabilito un importo massimo di 5.180,50 € al mese (sino a un massimo di 6 mesi).	Varia in base all'incremento percentuale scelto
Indennità di interruzione di gravidanza	L'Enpam assicura un'indennità economica nei casi di aborto spontaneo o volontario dal terzo mese di gravidanza. L'importo corrisponde all'80% di una mensilità del reddito professionale dichiarato nel secondo anno che precede la data presunta del parto, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento. Se l'interruzione si verifica dal 6° mese di gravidanza l'indennità spetta in misura intera.	
Bonus bebè (attenzione: misura soggetta a requisiti di reddito. Vedi sul sito: https://www.enpam.it/comefareper/genitorialita/sussidi-bambino/#requisiti)	2000 €	4000 € per le libere professioniste pure (che hanno solo contributi previdenziali sulla Quota A e la Quota B)
STUDENTESSE UNIVERSITARIE ISCRITTE ALL'ENPAM (dal V/VI anno di corso di medicina o odontoiatria) Assegno di maternità	5.180,50 €	
Bonus bebè (attenzione: misura soggetta a requisiti di reddito. Vedi sul sito: https://www.enpam.it/comefareper/genitorialita/sussidi-bambino/#requisiti)	2000 €	

Malattie e infortuni

Tutte le tutele dell'Enpam

I medici di famiglia, di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, che sono costretti a sospendere l'attività professionale per una malattia o un infortunio hanno diritto a un assegno di inabilità temporanea dall'Enpam. L'indennità copre dal 31° giorno dalla data dell'infortunio o della malattia e spetta per un periodo massimo di 24 mesi (anche non continuativi nell'arco degli ultimi 48 mesi).

L'indennità giornaliera viene calcolata sulla base della media dei compensi percepiti dall'iscritto nei tre mesi che precedono il mese in cui è avvenuta la sospensione dell'attività in convenzione (ad es. se la malattia inizia il 12 maggio si prenderanno in considerazione gli imponibili Enpam di aprile, marzo e febbraio).

Possono chiedere l'indennità i medici di famiglia, di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale che:

- sono titolari di un rapporto convenzionale in corso (anche a tempo determinato o di sostituzione);
- sono diventati inabili in modo temporaneo e assoluto a causa di una malattia o di un infortunio;
- hanno sospeso tutte le attività professionali (come convenzionati, liberi professionisti, dipendenti).

Primi 30 giorni

Per i medici di medicina generale, i primi 30 giorni di assenza dal lavoro sono coperti dalla compagnia Cattolica in coassicurazione con Aviva. La copertura riguarda anche gli infortuni sul lavoro.

L'accordo collettivo nazionale prevede, infatti, un onere dello 0,72% sulla voce dell'onorario professionale o della quota oraria per la copertura assicurativa dei primi 30 giorni di malattia o infortunio. La quota è a carico del servizio pubblico che poi la versa all'Enpam. L'ente a sua volta usa queste somme per sottoscrivere una doppia copertura assicurativa: quella che protegge durante i primi trenta giorni di infortunio/malattia del medico e l'altra, che offre un risarcimento per le conseguenze di lungo periodo (invalidità e morte).

Sono coperti da questa polizza anche i medici della continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale.

Per questi ultimi, però, in caso di infortunio sul lavoro interviene l'azienda sanitaria locale di appartenenza a cui spetta la copertura dal 1° giorno dell'infortunio fino a un massimo di 300 giorni.



QR CODE
polizza30giornimedici.it

PRIMI 30 GIORNI

COME CHIEDERE L'ASSEGNO PER I PRIMI 30 GIORNI

L'inabilità deve essere comunicata alla compagnia entro 10 giorni dall'evento, oppure, in caso di ricovero, entro 10 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura (si può comunicare anche più tardi, ma si deve dimostrare che è stato impossibile farlo prima).

La comunicazione va fatta compilando il modulo che si trova online sul sito www.polizza30giornimedici.it e inviandolo tramite Pec o raccomandata.

PERCHÉ I PEDIATRI NON HANNO I PRIMI 30 GIORNI

A differenza dei medici di medicina generale, l'accordo collettivo nazionale non prevede la quota assicurativa sul cedolino per la copertura dei primi 30 giorni di malattia. Per i pediatri iscritti ai sindacati Fimp e Clpe esiste però la possibilità di attivare una polizza in convenzione.

LO SPARTIACQUE DEI 30 GIORNI (segue)

Giorni di assenza	Medici di medicina generale	Pediatrati di libera scelta	Continuità assistenziale
MENO DI 30 GIORNI	Il medico sceglie il sostituto. L'Asl versa il compenso al titolare. La polizza primi 30 giorni rimborsa il medico.	Il pediatra sceglie e paga il sostituto. L'Asl versa il compenso al titolare.	L'Asl nomina il sostituto. Il medico non ha compenso dall'Asl ma è coperto dalla polizza primi 30 giorni.
PIÙ DI 30 GIORNI	L'Asl nomina il sostituto. Il medico non ha compenso dall'Asl ma è coperto dall'assegno Enpam di inabilità temporanea.	L'Asl nomina il sostituto. Il medico non ha compenso dall'Asl ma è coperto dall'assegno di inabilità temporanea Enpam.	L'Asl nomina il sostituto. Il medico non ha compenso dall'Asl ma è coperto dall'assegno di inabilità temporanea Enpam.

Terza età

Tutele in caso di non autosufficienza

Long term care

In caso di non autosufficienza i medici di famiglia e i pediatri, ma in generale tutti gli iscritti attivi all'Enpam, possono beneficiare di un assegno esentasse di 1.200 € al mese vita natural durante. Per i casi di non autosufficienza che si sono verificati entro il 30 aprile 2019 l'assegno è di 1.035 €. Questa polizza, la cui adesione è automatica, non richiede alcun esborso e non prevede limiti di reddito, si aggiunge alle tutele già previste dall'Enpam e a ogni altro eventuale reddito.

La polizza copre ormai più del 95% dei professionisti iscritti alla Fondazione ed è erogata attraverso Emapi (Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani), associazione riconosciuta senza scopo di lucro costituita da dieci enti privati di previdenza tra cui l'Enpam.

Sono tutelati gli iscritti e i pensionati che al 1° agosto 2016 non avevano compiuto 70 anni e non avevano già in atto condizioni di non autosufficienza.

Cosa copre la polizza

Non autosufficienza

La polizza copre i casi in cui viene certificata la mancanza di almeno 3 su 6 Adl (Activities of daily life: e cioè: lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi).

Sono coperti dalla polizza anche gli iscritti a cui viene diagnosticato il morbo di Parkinson o di Alzheimer, a condizione che queste malattie non siano già insorte prima del momento di attivazione della copertura (il 1° agosto 2016).

Patologie pregresse

Non sono esclusi dalla copertura gli iscritti che alla data del 1° agosto 2016 soffrivano di patologie pregresse o presentavano difetti fisici (che in futuro possano dare origine a condizioni di non autosufficienza), né i medici o i dentisti affetti da patologie mentali di origine non organica, o chi aveva compiuto atti di autolesionismo e tentativi di suicidio.

Aiuti

L'assistenza Enpam in caso di disagio

Gli iscritti che si trovano in difficoltà economiche possono chiedere un aiuto all'Enpam fino a un massimo di 8.400 € circa per:

IN SINTESI

86.21.00

È il codice Ateco, per l'apertura della partita Iva, di un medico di famiglia

60€

Il rimborso per ogni giornata di presenza in una casa di riposo

Sussidio per la retta di case di riposo

Gli iscritti pensionati non coperti dalla polizza Ltc, che si trovano in una situazione di difficoltà economica, possono chiedere all'Enpam un sostegno per pagare la retta di soggiorno in case di riposo. Il sussidio può essere richiesto anche per il coniuge convivente e i familiari titolari di una pensione indiretta o di reversibilità che hanno più di 65 anni.

Il sussidio consiste in un rimborso di circa 60 €, indicizzati ogni anno, per ogni giornata di presenza effettiva nella casa di riposo. In ogni caso l'importo non può superare il 75% della retta effettivamente pagata.

Per poter chiedere questo sussidio sono previsti limiti di reddito e chi richiede questa prestazione assistenziale non può al contempo fare domanda per il sussidio previsto per l'assistenza domiciliare.

Sussidio per l'assistenza domiciliare

Tutti i pensionati non coperti dalla polizza Ltc, che non sono fisicamente o psichicamente autosufficienti, possono chiedere un contributo assistenziale per pagare le spese dell'assistenza domiciliare.

Il sussidio è previsto anche per il coniuge convivente e per i familiari titolari di una pensione indiretta o di reversibilità. Chi chiede questo aiuto economico non può allo stesso tempo fare domanda di sussidio per la retta di case di riposo.

Per poter fare domanda i pensionati devono avere un'anzianità di iscrizione all'Albo, precedente al pensionamento, di almeno dieci anni.

Oltre a questo sussidio di 602,52 € al mese, per i pensionati di Quota B è possibile richiedere un sussidio extra di altri 301,26 € al mese. Il sussidio può essere concesso anche al coniuge convivente del pensionato.

- spese di interventi chirurgici, anche se sono stati fatti all'estero, e spese accessorie che non siano state rimborsate a qualsiasi altro titolo;
- malattie che hanno richiesto cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del Ssn;

- spese di assistenza per anziani, malati non autosufficienti e portatori di handicap che fanno parte del nucleo familiare;
- spese sostenute dal nucleo familiare per la malattia o il decesso dell'iscritto/a entro i 12 mesi successivi all'evento;
- spese funerarie per il decesso di un familiare convivente;
- spese straordinarie per eventi imprevisti.

Per il sussidio sono previsti requisiti di reddito. Può essere chiesto anche dagli studenti e dai pensionati (purché iscritti all'albo da almeno dieci anni).

Calamità naturali In caso di calamità naturali, i medici e i pediatri possono chiedere un sostegno economico all'Enpam se subiscono danni alla prima abitazione o allo studio professionale, di cui sono titolari di un diritto di proprietà e di usufrutto, ma anche a beni mobili

come ad esempio automezzi, computer e attrezzature. Per i danni ai beni mobili, si può richiedere il sussidio anche se non si è proprietari dell'immobile (prima abitazione o studio professionale).

Gli aiuti economici non prevedono requisiti di reddito e sono esentasse. Per avere diritto ai sussidi è necessario essere residenti nei Comuni in cui lo "stato di calamità" è stato riconosciuto con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

Chi esercita anche la libera professione, con contributi previdenziali alla gestione Quota B dell'Enpam, può usufruire di sussidi aggiuntivi.

Se la Presidenza del Consiglio non riconosce lo stato di calamità è sempre possibile chiedere un sussidio per eventi imprevisti (vedi sopra). In questo caso però sono previsti limiti di reddito.

SOMME RIMBORSABILI IN CASO DI CALAMITÀ NATURALI

PER TUTTI (attivi e pensionati)

- Fino a **18.075,80 €** (somma indicizzata annualmente)
- Fino al **75%** degli interessi sui mutui edilizi accesi da iscritti e familiari superstiti per ricostruire casa/studio danneggiati (il limite massimo è di circa 9.640,42 € all'anno per un periodo non superiore a 5 anni)

PER CHI FA ANCHE LA LIBERA

- Sussidio extra di **5.422,74 €** (indicizzati), anche per i familiari titolari di pensione
- Sussidio sostitutivo del reddito di 2.530,63 € per un massimo di 12 mesi (per chi ha dovuto interrompere l'attività e non ha avuto entrate)

8.400€

Aiuto economico erogabile dall'Enpam in caso di difficoltà economiche

5.000€

La borsa di studio per i figli che vogliono frequentare un collegio di merito

+50%

L'aumento della borsa di studio per i laureati con 110 e lode

Borse per figli e orfani

Per i figli dei medici e dei dentisti sono previsti diversi tipi di sussidi per le spese scolastiche e universitarie. Le borse sono soggette a requisiti di reddito.

Orfani

Gli orfani possono contare su un contributo economico della Fondazione a partire dalle medie fino all'università. L'assegno annuale va da 830 euro (per le scuole secondarie di primo grado) fino a 3100 euro per l'università. Sono previste maggiorazioni per gli studenti più meritevoli. Questi sussidi sono cumulabili con le altre prestazioni assistenziali previste per gli orfani e per i componenti del nucleo familiare. Ogni anno, inoltre, vengono bandite le borse per la frequenza nei collegi Onaosi.

Collegi di merito e università

Per i figli che vogliono frequentare un collegio di merito è prevista una borsa di 5.000 euro. L'Enpam dà la precedenza agli iscritti ai corsi in Medicina e Odontoiatria. La borsa di studio non è compatibile con analoghi sussidi, indennità o trattamenti economici garantiti da un altro ente previdenziale.

Per i figli universitari dei medici che versano i contributi alla Quota B dell'Enpam sono previsti assegni di 3100 euro. Anche in questo caso la borsa aumenta del 50% per i laureati con 110 e lode.

Agevolazioni

Mutui Enpam

Il mutuo agevolato Enpam per la prima casa o lo studio professionale è riservato agli iscritti e ai medici in formazione (specializzandi e corsisti di Medicina generale) con meno di 40 anni.

Il mutuo può essere chiesto anche dagli iscritti riuniti in associazione o in società di professionisti purché tutti i componenti abbiano i requisiti previsti dal bando.

È possibile chiedere fino a 300mila €.

Può servire a finanziare l'acquisto, la costruzione o la ristrutturazione dell'immobile fino all'80% del valore. Per la ristrutturazione il limite massimo è di 150mila €. L'immobile deve trovarsi nel Comune dove si risiede o si svolge l'attività lavorativa principale, e non deve appartenere alle categorie residenziali di lusso.

Il mutuo può essere chiesto anche per sostituirne un altro esistente.

Credito agevolato

L'Enpam ha stipulato convenzioni con vari istituti di credito per prestiti e mutui agevolati riservati ai propri iscritti. Sono previsti anche finanziamenti a breve termine (anticipo transato pos e anticipo credito) e la cessione del quinto.

Per quanto riguarda i prestiti, è possibile chiedere finanziamenti per esigenze personali o professionali per acquistare macchinari, adeguamento o ristrutturazione dei locali, ecc.

Anche sul versante mutui, ci sono soluzioni in convenzione con vari istituti di credito per l'acquisto, la ristrutturazione, la surroga a tasso fisso e variabile. Tra i servizi offerti ci sono anche soluzioni di conto corrente, carte di credito, pos per lo studio professionale, ecc.

È infine possibile chiedere un prestito affidandosi a Fidiprof, il consorzio che con Enpam ha stipulato una convenzione a favore dei propri iscritti.

Una soluzione per ottenere liquidità che può risultare comoda ed efficace in termini di garanzia per le banche.

OTTENERE LA CARTA DI CREDITO ENPAM

Entra nell'area riservata dell'Enpam:

- 1.nella colonna di sinistra clicca su Carta di credito e servizi connessi;
- 2.clicca su Accedi al Servizio;
- 3.nella pagina che si apre clicca in alto su Servizi;
- 4.dal menu a tendina scegli Carta Fondazione Enpam;
- 5.clicca su Richiedi carta;
- 6.segui la procedura online e firma il contratto.

Entro pochi giorni la banca ti dirà se la richiesta è stata accettata.

Per l'emissione della carta occorrono almeno 30 giorni dalla richiesta.

Per conoscere tutte le offerte si veda sul sito Enpam: www.enpam.it/tipologia/istituti-di-credito/

Carta di credito

Tutti gli iscritti possono attivare gratuitamente la Carta di credito Fondazione Enpam, in convenzione con la Banca Popolare di Sondrio. È possibile utilizzare la carta per spese di qualsiasi tipo e per rateizzare il pagamento dei contributi fino a 30 rate (con Tan del 8,125% su base annua, mentre sul versamento in unica soluzione non ci sono interessi).

Convenzioni

La Fondazione rende anche disponibili più di 150 convenzioni dedicate agli iscritti per servizi di vari tipi: finanziari, fiscali e assicurativi, acquisto e noleggio auto, servizi informatici, telefonia, energia, edilizia, assistenza anziani, asili, corsi, viaggi, parchi divertimento, alberghi, benessere, libri e riviste.

Per conoscerle nel dettaglio si veda la sezione sul sito: www.enpam.it/servizi-integrativi/

+150

Le convenzioni dedicate agli iscritti



Visita la pagina dedicata attraverso il codice QR

ilmedicopediatra 2023;32(1):11-22;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-3

La tecnologia digitale in Pediatria ovvero come promuoverne un uso giudizioso nei bambini

Giovanni Cerimoniale¹, Emanuela Malorgio¹, Flavia Ceschin², Giovanni Vitali Rosati¹, Paolo Becherucci¹, G Ragni¹, Grazia Minardo¹, Paolo Brambilla¹, Silvia Gambotto¹, Gaetano Bottaro², Pier Luigi Tucci²

¹ Consiglio Direttivo Nazionale SICuPP; ² Pediatri di Famiglia soci SICuPP

Pediatri di famiglia partecipanti allo studio: Spalla A, Palmero A, Dall'Oglio A, Pasinato A, Bontempelli AM, Sant'Angelo AM, Grassi C, Pittarello D, Bartman U, Betta M, Carrozzo R, Chiesa LM, Covinato M, Ferrante F, Guglielmi N, Lo Giudice M, Marzona F, Oliveto R, Ragnatela G, Spanevello V, Stracuzzi M, Drago G, Bosco M, Servello R, Zanette M, Marchese E, Santarelli F, Erba D, Castellarin A, Cimadamore N, Baldin L, Di Candia S, Di Francesco L, Drago G, Carrozzo R, Mattei F, Leoni L, Bolla P, Solda G, Picca M, De Franchis R, Magnetti F, Oretti C

Corrispondenza

Giovanni Cerimoniale
giovanni.cerimoniale0@alice.it

Conflitto di interessi:

G. Cerimoniale, F. Ceschin, P. Brambilla, S. Gambotto, G. Bottaro, P.L. Tucci dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Cerimoniale G, Malorgio E, Ceschin F, et al. La tecnologia digitale in Pediatria ovvero come promuoverne un uso giudizioso nei bambini. Il Medico Pediatra 2023;32(1):11-22. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-3>

© 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>

Razionale

La crescita esponenziale del digitale ha avuto un importante impatto sociale provocando profondi cambiamenti nella vita delle famiglie. I bambini di oggi vivono in una società gestita e controllata dalla tecnologia digitale. Sono i "Nativi Digitali", termine coniato da Marc Prensky nel 2001¹ ed entrato nell'uso comune per identificare coloro che sono nati e vivono a contatto con i mezzi di comunicazione digitale e le svariate forme di social network, blog e app di ogni tipo. Tutto ciò fa parte della loro vita, non hanno esperienze diverse e si trovano perfettamente a loro agio in questo mondo. Questo è spesso difficilmente comprensibile da parte degli adulti che sono gli "Immigrati Digitali"¹. I vantaggi dell'uso delle tecnologie digitali sono innumerevoli. L'utilizzo di questi sistemi aiuta a potenziare le nostre capacità molto di più di quanto potremmo fare senza di essi. Consentono di avere un migliore accesso alla conoscenza in termini di velocità e quantità di dati: la trasmissione dei documenti, l'organizzazione degli archivi, la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti, l'home banking, la didattica a distanza nelle scuole ne sono solo alcuni esempi. Tuttavia si ha la consapevolezza che un uso

eccessivo e incontrollato del digitale e soprattutto una precoce esposizione agli schermi, fin dalle primissime epoche della vita, comporti il rischio di ripercussioni negative sulla salute dei bambini sia fisiche che neuroevolutive ². In Italia l'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità: "Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino" ³, ha rilevato un'alta percentuale di bambini che già nei primi 6 mesi di vita vengono esposti a uno schermo. L'utilizzazione dei dispositivi elettronici condivisa con i genitori può aiutare a sviluppare nei bambini alcune competenze come la coordinazione visuo-motoria e stimolare la creatività e la capacità di *problem-solving*. È tuttavia necessario ricordare che fin dalla nascita sono fondamentali le interazioni dirette dei bambini con i genitori e il mondo che li circonda, indispensabili al fine di garantire un sano sviluppo a livello cognitivo, emotivo e relazionale. Diventa pertanto fondamentale che gli operatori che si occupano dell'infanzia, e in particolare i Pediatri di famiglia, grazie al loro rapporto continuativo e fiduciario con i genitori, affrontino con loro queste problematiche essendo i genitori i mediatori principali del rapporto dei più piccoli con le tecnologie digitali.

Obiettivi dello studio

La Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP) ha nella propria *mission* il miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale per i bambini. A tale scopo ha strutturato uno specifico progetto sul tema del digitale con i seguenti obiettivi:

- descrivere l'utilizzo dei *device* nelle famiglie;
- stimare la prevalenza della diffusione tra i bambini delle diverse classi di età dei dispositivi digitali, dell'uso di internet e dei social media;
- valutare il rischio di cyberbullismo e le principali variabili a esso correlate.

Con l'intento finale di programmare un'attività formativa e informativa capillare alle famiglie attraverso i Pediatri di libera scelta, volta alla prevenzione e riduzione degli effetti collaterali da uso improprio degli strumenti digitali.

Con questo articolo presentiamo i dati raccolti tramite un questionario on-line indirizzato ai genitori dei bambini assistiti dai Pediatri di famiglia.

Materiali e metodi

Fasi del Progetto

È stato creato un gruppo di lavoro per l'elaborazione del progetto costituito dai pediatri soci SICuPP, così composto: dott.ssa Emanuela Malorgio, dott.ssa Flavia Ceschin, dott. Giovanni Vitali Rosati e dott. Giovanni Cerimoniale (coordinatore). Nella realizzazione del progetto sono state definite le varie fasi (Fig. 1).

- Nello studio sono stati coinvolti i Pediatri di famiglia soci SICuPP.
- I pediatri sono stati invitati a partecipare con una newsletter contenente le motivazioni dello studio. L'arruolamento è avvenuto tramite un link per la raccolta on-line (All. 1).
- Durante tutto il periodo della ricerca i pediatri hanno inviato per via telematica (WhatsApp, SMS, Mail), il foglio informativo alle famiglie contenente le finalità dello studio e il link per accedere al questionario on-line (All. 2).

Le informazioni sono state raccolte tramite i Moduli Google. È stato utilizzato un sistema di controllo che consentiva una sola compilazione del questionario. Il questionario era anonimo e i genitori, prima di accedere ai quesiti, sono stati informati del rispetto delle norme sulla privacy ai sensi del regolamento UE n. 679/2016 (GDPR). È stato acquisito il loro consenso al trattamento dei dati necessari allo svolgimento del suddetto progetto di ricerca.

FIGURA 1.

Programmazione delle fasi del Progetto.



Analisi dei dati

È stata dapprima effettuata una analisi descrittiva delle distribuzioni delle singole variabili, per ognuna delle singole classi di età. Trattandosi di variabili categoriche, è stata studiata la distribuzione delle frequenze dei possibili valori.

Per le principali variabili (di cui all'obiettivo B) è stata stimata la prevalenza e il relativo intervallo di confidenza al 95% (utilizzando la distribuzione gaussiana o la Poisson, secondo le numerosità ottenute nei diversi casi).

Successivamente è stata verificata la possibile presenza di associazione tra alcuni fattori presenti all'interno delle famiglie e il rischio di cyberbullismo. Tale associazione è stata studiata con la stima dei rischi legati alle diverse modalità delle variabili predittive considerate (con calcolo dell'intervallo di confidenza al 95%, distribuzione di Poisson).

Risultati

Descrizione del campione

I Pediatri di famiglia italiani che hanno aderito alla ricerca sono stati 62 distribuiti nelle diverse regioni (Fig. 2). Lo studio ha avuto inizio il 01-08-2021, i questionari compilati dalle famiglie fino al 30 aprile 2022 sono stati 1748 (Fig. 3). La distribuzione nelle varie regioni è riportata nella Figura 4.

FIGURA 2.

Distribuzione regionale dei Pediatri di famiglia partecipanti alla ricerca.

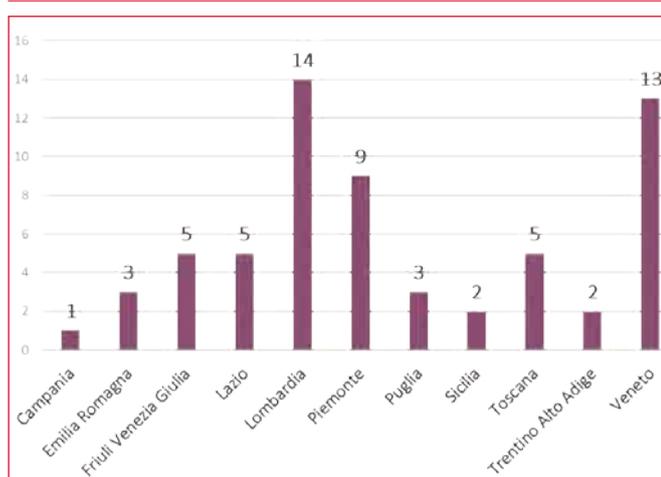


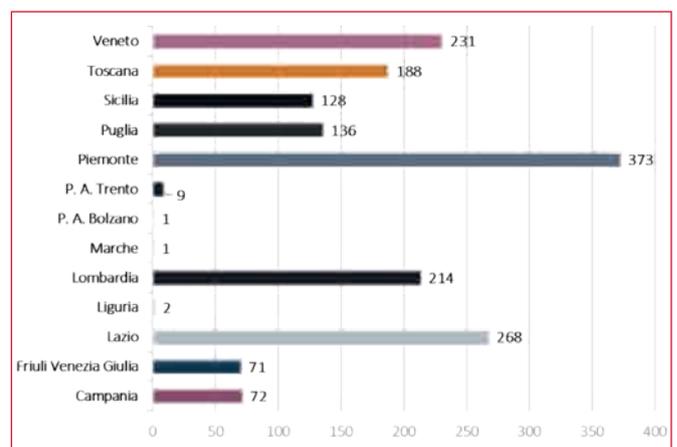
FIGURA 3.

Numerosità del campione.



FIGURA 4.

Distribuzione regionale dei questionari.



I bambini reclutati con i nostri questionari sono stati n. 2533 divisi nelle fasce di età: 0-2 anni, 2-6 anni, 6-10 anni e 10-14 anni (Fig. 5).

Le Figure 6-9 presentano i vari aspetti della vita e della organizzazione delle famiglie: il luogo di residenza, il tipo di unione tra i genitori, la loro età, il titolo di studio e la condizione lavorativa.

Obiettivo A) descrivere l'utilizzo dei *device* nelle famiglie. È stato quindi valutato il rapporto degli adulti con gli strumenti digitali (Figg. 10-12).

È stato importante poi conoscere se fosse possibile una navigazione libera in internet in casa e l'esistenza di controlli di sicurezza per l'uso dei dispositivi da parte dei bambini (Figg. 13-16).

FIGURA 5.
Numero di bambini divisi per fasce di età.

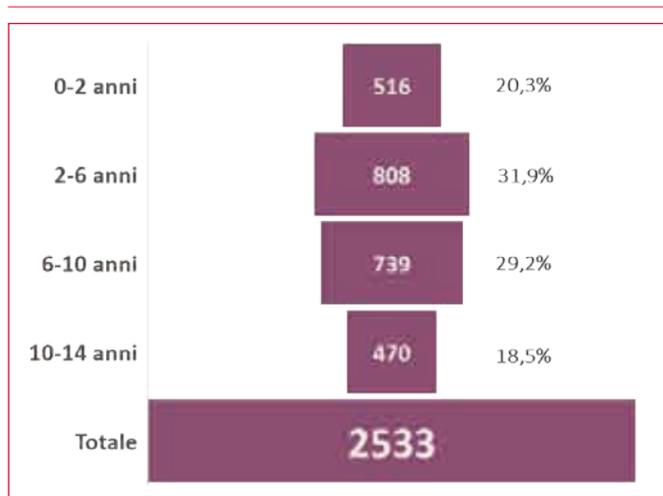
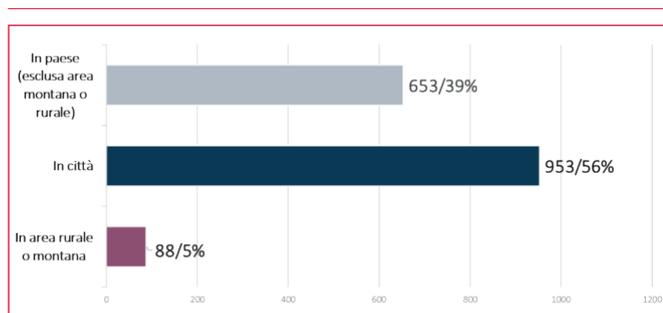


FIGURA 6.
Luogo di residenza delle famiglie.



Per i bambini più piccoli dai 0-2 anni è sembrato interessante sapere quale fosse l'uso dei cellulari da parte delle madri sia durante l'allattamento che per distrarre i propri figli (Fig. 17).

Obiettivo B) stimare la prevalenza della diffusione tra i bambini delle diverse classi di età dei dispositivi digitali, dell'uso di internet e dei social media

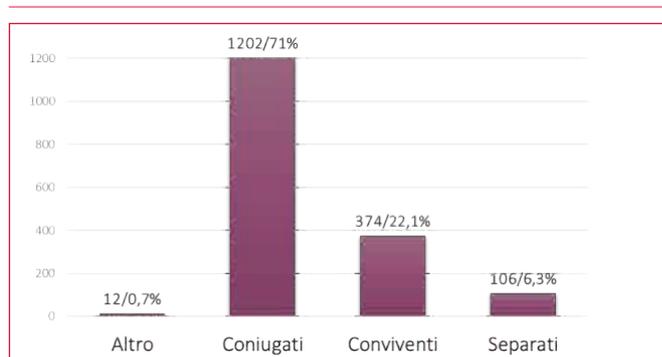
La nostra attenzione si è quindi rivolta all'impiego degli schermi direttamente da parte dei bambini (Figg. 18-21).

La Tabella I riassume le stime della prevalenza con relativi intervalli di confidenza al 95%

Obiettivo C) Valutare il rischio di cyberbullismo e le principali variabili a esso correlate.

Infine abbiamo chiesto quale fosse la percezione da

FIGURA 7.
Tipo di unione tra i genitori.



parte dei genitori dei rischi che i propri figli corrono con un accesso non controllato a internet e ai social-media (Fig. 22) e se ci fossero stati casi di cyberbullismo verso i propri figli (Figg. 23, 24).

I casi di cyberbullismo rilevati sono stati uno tra sei e 10 anni e 11 tra i 10 e i 14 anni

Dai nostri dati sono emerse due variabili associate con il rischio di essere vittime di cyberbullismo:

- la residenza in area rurale;
- l'assenza di regole nell'uso dei dispositivi.

Come si evince dalla figura qui riportata, il rischio di cyberbullismo tra i ragazzi residenti in area rurale o montana sarebbe circa 7 volte superiore rispetto agli altri. L'assenza di regole esporrebbe invece i ragazzi a un rischio di cyberbullismo più che 8 volte superiore rispetto alla presenza di regole (in entrambi i casi $p < 0,05$).

Restringendo l'osservazione ai ragazzi che hanno ricevuto delle regole, il rischio relativo per quelli che abitano in area rurale o montana si riduce a circa 4,5 ($p > 0,05$, non significativo).

Commenti e conclusioni

Questa indagine condotta grazie al coinvolgimento dei pediatri che operano sul territorio è uno studio originale che non ha precedenti in Italia. La numerosità campionaria (n. 1748 questionari e 2533 bambini testati) e la distribuzione regionale (n. 11 Regioni) possono ben rappresentare la situazione nel nostro Paese. Si tratta di una attività di ricerca di tipo osservazionale che fotografa la realtà. Un sistema efficace per far

FIGURA 8.

Età e titolo di studio dei genitori.

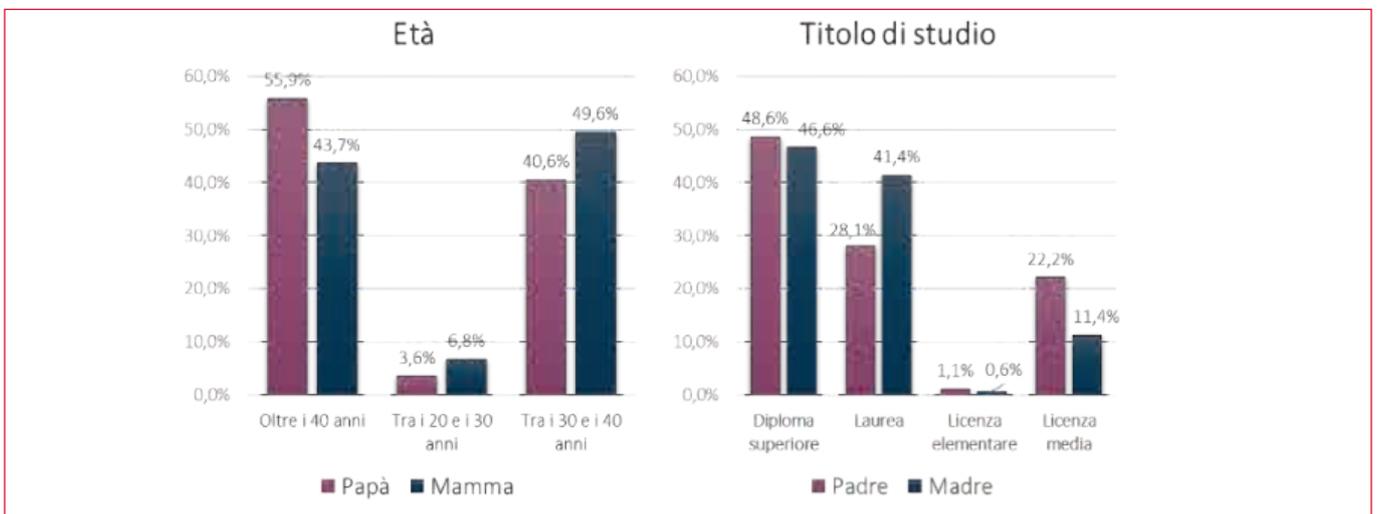


FIGURA 9.

Condizione lavorativa dei genitori.

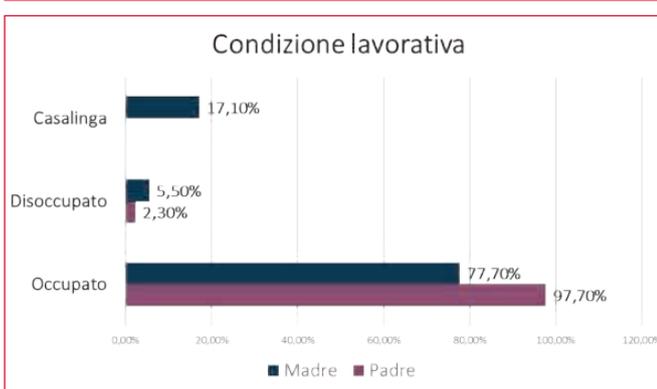
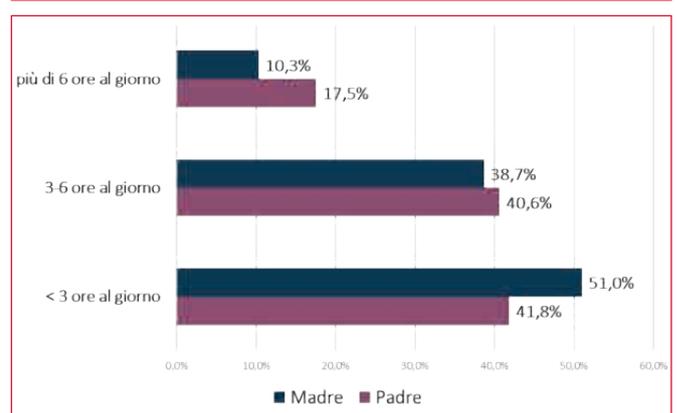


FIGURA 10.

Tempo di uso dei cellulari dai genitori.



emergere i bisogni assistenziali e indirizzare gli interventi su specifici determinanti di salute nell'ambito delle cure primarie. È necessario passare dalla medicina di "attesa" a quella di "iniziativa", in conformità con le indicazioni presenti nell'Azione 6 del PNRR. Il quadro epidemiologico delle malattie si modifica continuamente e con esso i problemi sociali. In questo contesto è fondamentale il ruolo del Pediatra di famiglia, un punto di riferimento per i genitori, lo specialista a cui affidare la cura dei propri figli. L'attenzione dei pediatri deve essere costante per adeguare la propria attività professionale a questi cambiamenti. Negli ulti-

FIGURA 11.

Schermi accesi mentre si è a tavola.

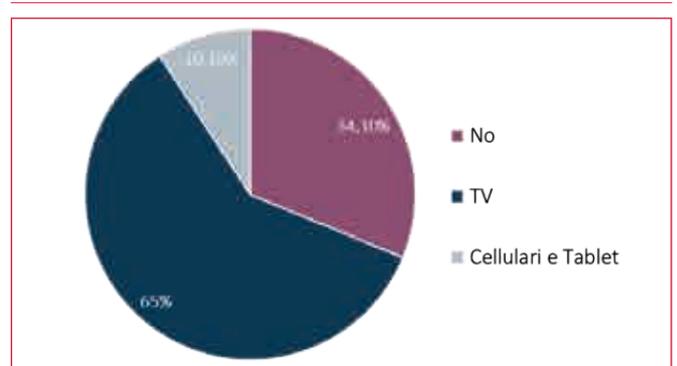


FIGURA 12.
Tipo di uso del cellulare da parte dei genitori e social frequentati.

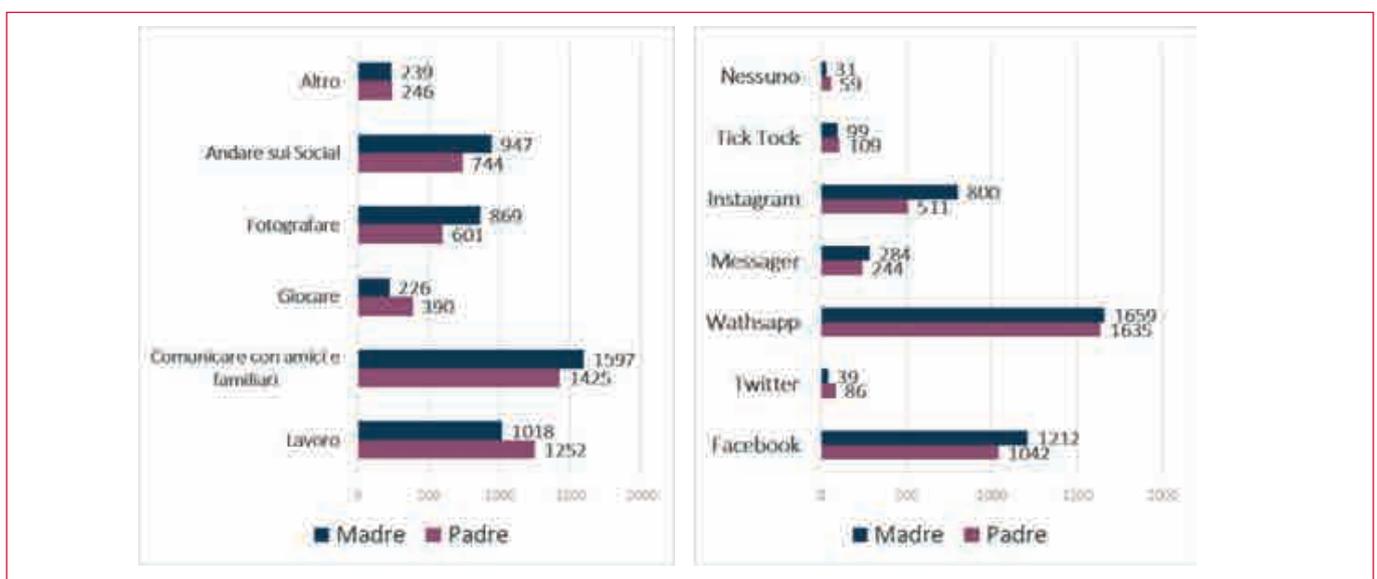


FIGURA 13.
Password nel cellulare dei genitori.

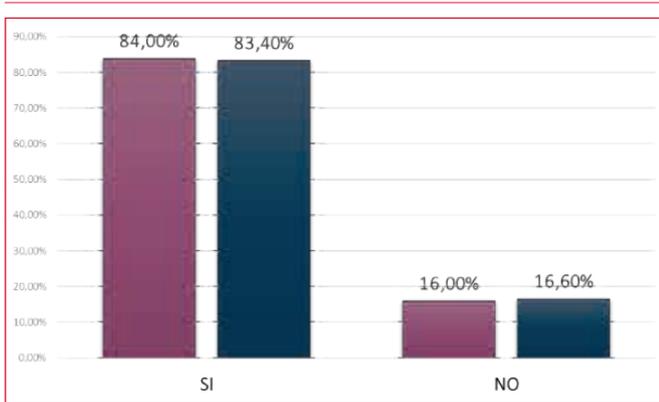
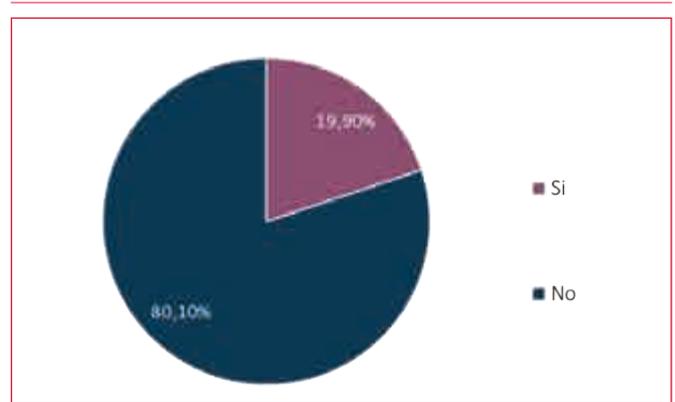


FIGURA 14.
Conoscenza da parte dei genitori del PEGI*.



mi anni siamo passati da un prevalente impegno nel trattamento delle malattie infettive ed esantematiche alla gestione delle malattie non trasmissibili con andamento cronico e degenerativo, in continuo aumento anche nella popolazione in età evolutiva. Il Servizio Sanitario Nazionale, con gli Accordi Collettivi, mette a disposizione dei pediatri uno strumento importante: I Bilanci di Salute, visite filtro programmate in varie età del bambino, per consentire una valutazione completa del suo stato di salute e la rilevazione di fattori di ri-

schio per lo sviluppo di tali patologie. I Bilanci di salute dovranno però essere perfezionati con l'introduzione di item che siano costantemente aggiornati ai nuovi bisogni. Le sfide infatti che la Pediatria dovrà affrontare nei prossimi anni saranno certamente queste: i disturbi legati all'inquinamento ambientale, l'obesità, il diabete di tipo 2°, l'asma, i tumori, le disabilità neuro/sensoriali, l'abuso sui minori, i disturbi del neurosviluppo e i problemi derivanti da un uso scorretto del digitale. Quest'ultimo è un aspetto di chiara attualità per il qua-

FIGURA 15.
Connessione libera a internet.

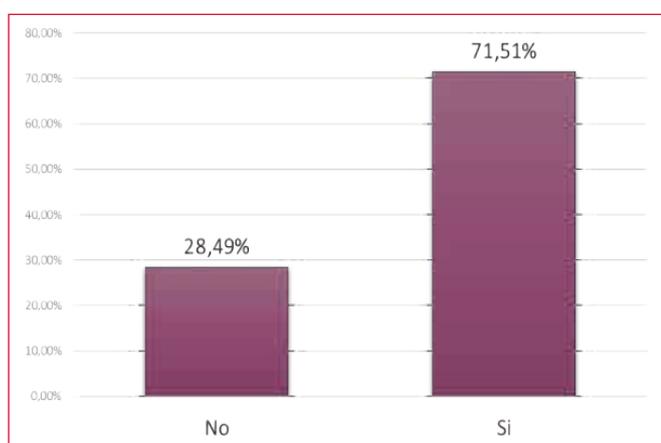
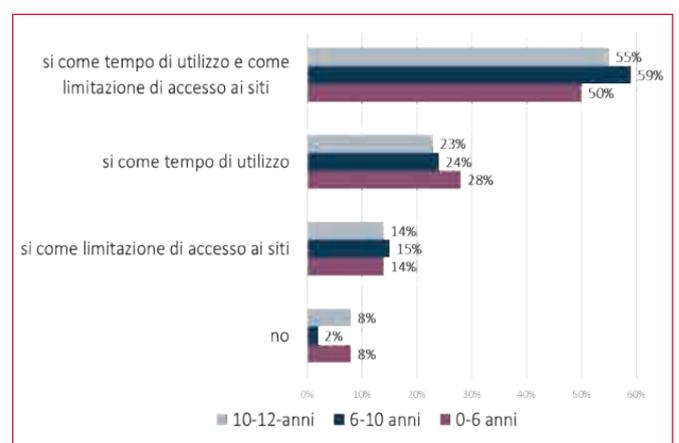


FIGURA 16.
Regole all'uso dei dispositivi.



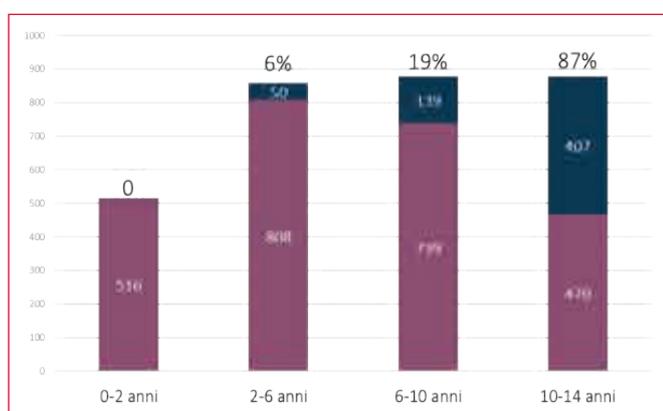
le non c'è una sufficiente sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Si tratta di una deriva che condiziona la vita delle persone, ostacola il benessere e causa il cosiddetto "stress sociale". Lo smartphone è diventato strumento di isolamento e solitudine. Utilizzare il cellulare o gli schermi in generale, soprattutto in contesti di condivisione dei rapporti interpersonali (ad es. pranzare con la propria famiglia), influisce negativamente

sulle relazioni causando conflitti e negatività^{4,5}. Il dato ancora più preoccupante è che gli adulti utilizzano i loro telefoni non soltanto durante le loro attività, ma anche quando sono in presenza dei loro figli⁶. Nel nostro campione il 72,5% delle madri continua a usare lo smartphone mentre allatta, il 10,5% usa gli schermi per addormentare e il 61% per intrattenere i propri figli nei primi due anni di vita. Inoltre i genitori sono

FIGURA 17.
Uso del cellulare da parte delle madri nutrici.



FIGURA 18.
Possesso dei dispositivi digitali.



al cellulare per diverse ore al giorno (circa il 40% fino a 6 ore e il 15% oltre le 6 ore) e solo in parte per lavoro. Questi dati dimostrano che sono proprio i genitori a utilizzare in modo improprio e non consapevole i dispositivi. Di conseguenza si pongono come modello educativo "sbagliato" non riuscendo a darsi e a porre regole di utilizzo ai propri figli. Intervenire sugli adulti è quindi di estrema rilevanza affinché i bambini siano controllati nell'uso degli strumenti elettronici. È una necessità imprescindibile, una *conditio sine qua*

FIGURA 20.
Navigazione in internet da soli dei bambini.

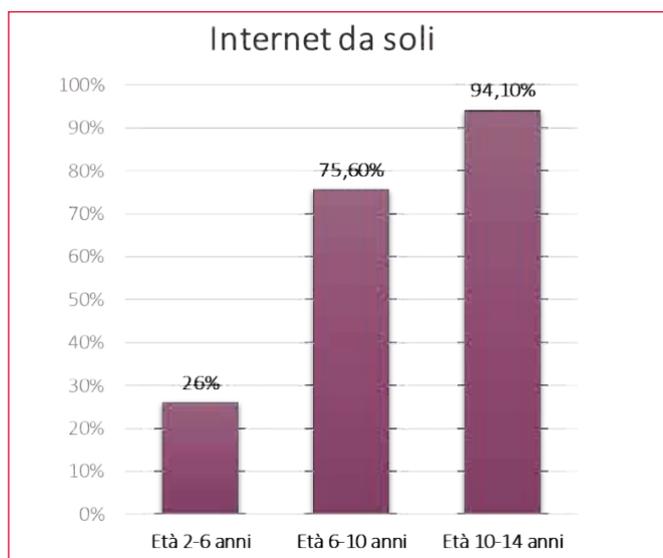
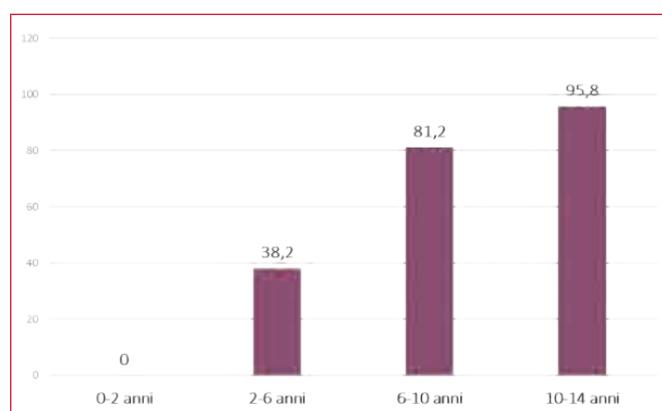


FIGURA 19.
Navigazione in internet.



non. Bisogna agire fin dalle primissime epoche della vita, i cosiddetti primi 1000 giorni, con un'azione di prevenzione rivolta soprattutto alle madri. È importante far comprendere che queste abitudini comportamentali innescano meccanismi di memoria ancestrale che produce dopamina e può causare dipendenza. I bambini dovrebbero giocare, trasformando un oggetto con il gioco simbolico del far finta. L'utilizzo di tablet, smartphone, videogame, sta modificando il modo in cui bambini e adolescenti apprendono, giocano e in-

FIGURA 21.
Assenza di controllo sui dispositivi dei bambini.

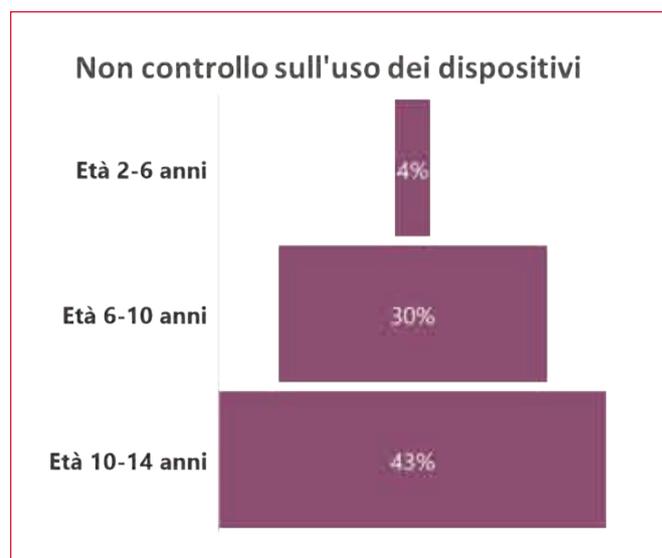


TABELLA I.

			età 2-6				età 6-10				età 10-14			
	casì	tot	preval	IC95%		casì	tot	preval	IC95%		casì	tot	preval	IC95%
possesso dispositivi digitali	50	816	6,1%	4,5% - 7,8%	141	748	18,9%	16,0% - 21,7%	409	472	86,7%	85,8% - 89,7%		
internet da soli	13	50	26,0%	14,6% - 40,3%	106	141	75,2%	68,0% - 82,3%	384	409	93,9%	91,6% - 96,2%		
assenza controllo sui dispos	2	50	4,0%	0,5% - 13,7%	41	141	29,1%	21,6% - 36,6%	162	409	39,6%	34,9% - 44,4%		

FIGURA 23.

Percezione dei pericoli da parte dei genitori.

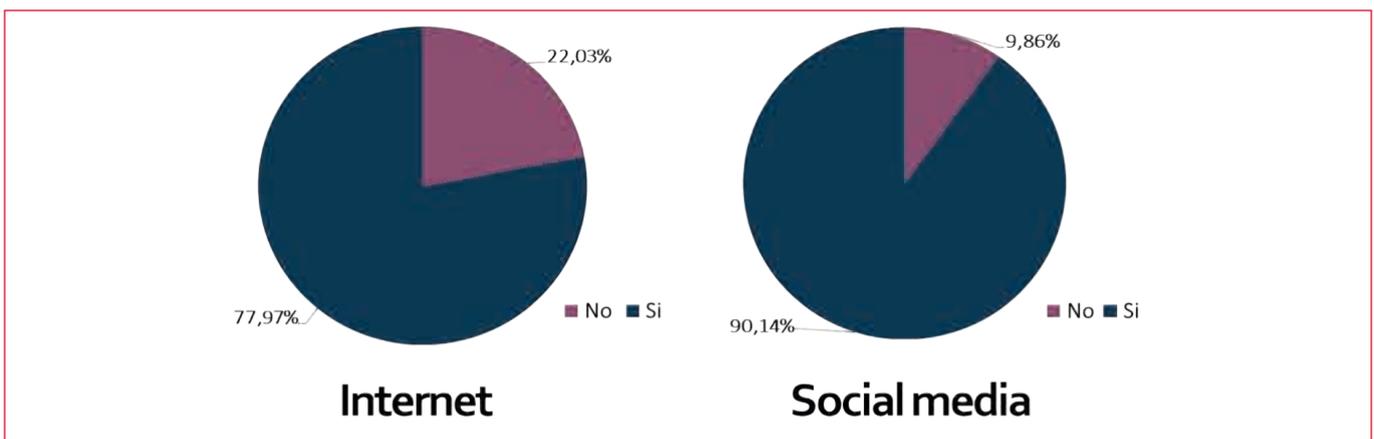
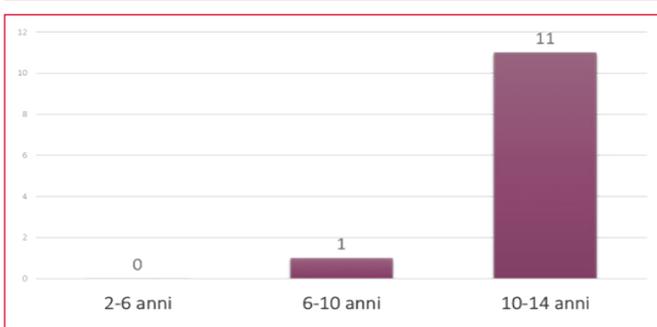


FIGURA 24.

N. casi cyberbullismo divisi per età.



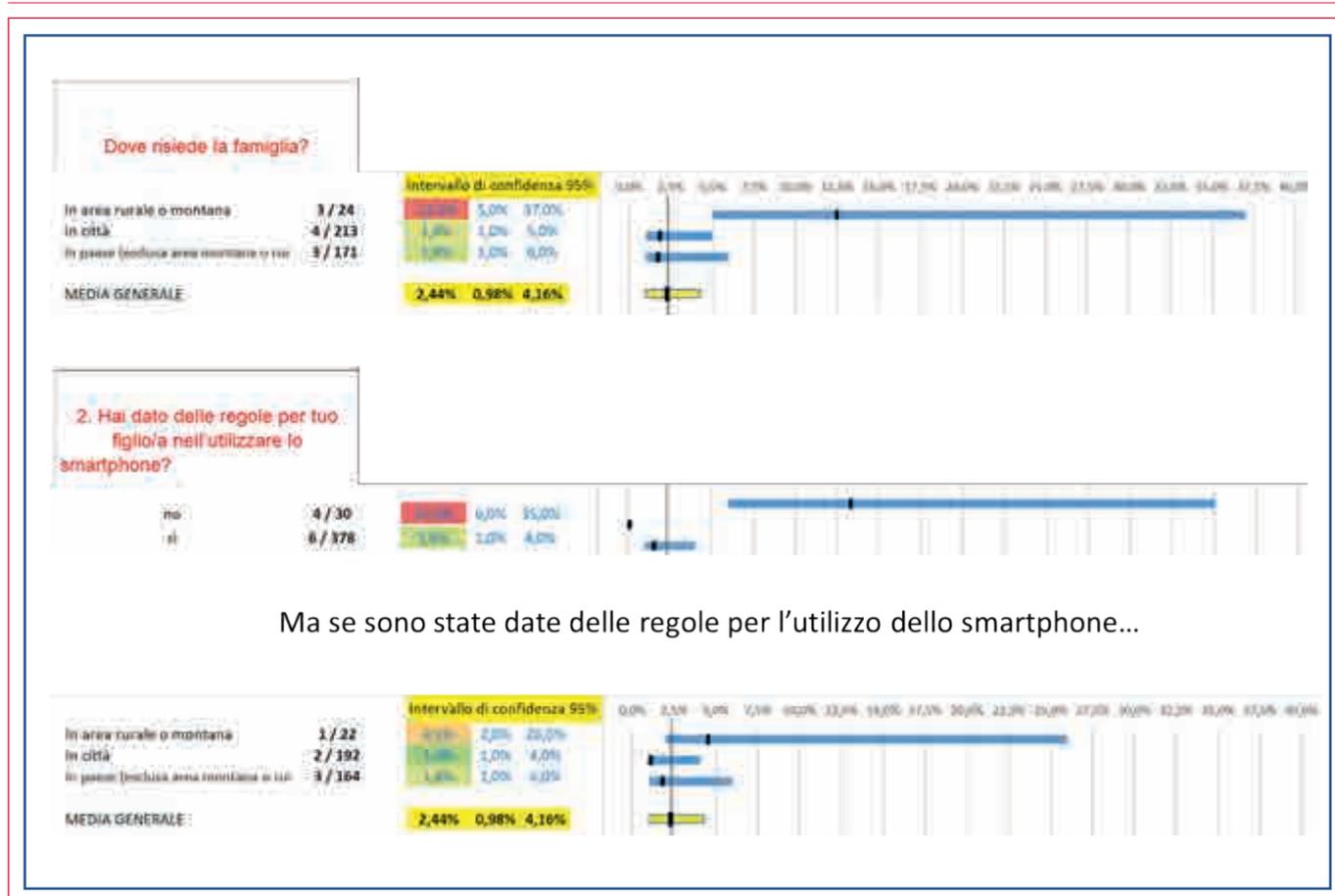
teragiscono tra loro. La nostra ricerca, in linea con i dati della letteratura, rivela che i bambini utilizzano device elettronici per molte ore al giorno, tutti i giorni, e posseggono un proprio smartphone fin dai primi anni (il 6% dai 2-6 anni, il 19% dai 6-10 anni e addirittura l'87% dai 10-14 anni).

Oltre all'impatto negativo sulle traiettorie neuroevolutive ci sono altri motivi di preoccupazione. La ricerca di-

mostra che molti ragazzi (più del 50 % in una recente indagine effettuata in Nord Italia), tengono il cellulare acceso 24 ore su 24 ⁷. Lo studio *Net Children Go Mobile*, progettato dalla Commissione Europea per valutare le modalità di utilizzo di Internet da parte di un campione di ragazzi di età compresa tra 9 e 16 anni, ha messo in evidenza che più del 60% di essi ha un profilo su un social network, (nel 32% dei casi completamente pubblico) e che il 6% di essi si è sentito turbato da qualche esperienza online ^{8,9}. Inoltre i dati dell'osservatorio internazionale di "Telefono Arcobaleno" del 2011 sono estremamente allarmanti, segnalano n. 71861 siti pedopornografici in 36 paesi, il 40% dei bambini vittime di pedofilia online hanno un'età inferiore ai 5 anni e il 5% dei pedofili su internet è italiano. Lo studio JAMES del 2020 ¹⁰, condotto dalla ZHAW, documenta che quasi la metà dei giovani (44%) è già stata contattata online da una persona estranea che avesse mire sessuali. La molestia sessuale è dunque molto diffusa e interessa le ragazze in percentuale quasi doppia rispetto ai ragazzi. In Svizzera, il fenome-

FIGURA 25.

Variabili correlate al rischio di cyberbullismo.



no interessa il 43% dei ragazzi tra i 14 e i 15 anni, mentre tale percentuale arriva addirittura al 54% per i ragazzi tra i 16 e i 17 anni. I genitori però non hanno la piena coscienza dei rischi a cui espongono i propri figli quando regalano loro uno smartphone. I nostri dati rivelano che la loro percezione dei pericoli che corrono i propri figli con un accesso incontrollato al web e ai social non è così diffusa, non se ne preoccupano rispettivamente il 20 e il 10% e addirittura il 52% delle madri diffondono sui social le foto dei propri bambini dei primi due anni di età.

L'uso dei social nasconde molti altri pericoli come l'incitazione all'*autolesionismo* che può portare all'estrema conseguenza della perdita della vita. Si tratta delle sfide in rete, alcune innocue, simpatiche e divertenti, altre però molto pericolose. Lo scopo è quello di di-

ventare leader della rete e avere numero più alto di followers. Il copione è sempre lo stesso e prevede di filmare la sfida per poi condividerla sui social per il bisogno di essere visti, ammirati considerati e *in qualche modo amati*. Spesso sono sostenuti dalla illusoria convinzione di sapersi fermare prima di farsi male, ma purtroppo non è sempre così.

Un altro fenomeno molto diffuso, soprattutto nelle scuole, e che vede come protagonisti principalmente gli adolescenti, è il bullismo. Una pratica odiosa e vigliacca che vittimizza i più fragili. I bambini più deboli magari anche affetti da qualche disturbo fisico o mentale sono i più colpiti. Ma alle volte sono sistemi utilizzati dai leader del gruppo per affermare la propria supremazia. Tutto questo viene enormemente amplificato dai social e diventa un vero mezzo di

tortura con gravissime conseguenze sulle vittime. È il cyberbullismo, “un insieme di azioni aggressive e intenzionali, di una singola persona o di un gruppo, realizzate mediante strumenti elettronici (sms, mms, foto, video, email, chatt rooms, instant messaging, siti web, telefonate), il cui obiettivo è quello di provocare danni a un coetaneo incapace di difendersi”. La nostra indagine rileva la presenza, nella fascia di età compresa tra i 10 e i 14 anni di una percentuale di cyberbullismo, del 2,35%. Questo dato vuol dire che in Italia ciascun Pediatra di famiglia, nei pazienti che assiste in questa fascia di età, conta circa 5-6 bambini vittime di cyberbullismo. A tale riguardo, per arginare questo fenomeno lo Stato italiano nel 2017 ha emanato una apposita legge ¹¹.

Con il nostro lavoro abbiamo ottenuto un risultato davvero importante che ne rappresenta il valore aggiunto, “Non dare regole per l’uso dei dispositivi digitali espone i propri figli al rischio di essere vittime di Cyberbullismo, soprattutto se si risiede in aree rurali” dimostrando in modo scientifico, attraverso l’analisi statistica, l’esistenza di queste correlazioni. Questo potrebbe essere utilizzato per la creazione di item da inserire nei prossimi Bilanci di Salute.

A conclusione della loro indagine, il dott. Cerimoniale e il gruppo di lavoro della SICuPP, raccomandano un utilizzo giudizioso, dei dispositivi digitali e dei social media nei bambini e lanciano dei messaggi chiave ai genitori:

- prima dei 3 anni il bambino ha bisogno di costruire i suoi riferimenti spaziali e temporali, pertanto bisogna cercare il più possibile di evitare l’uso degli schermi;
- da 3 a 6 anni il bambino ha bisogno di scoprire

tutte le sue possibilità sensoriali e manuali, pertanto va incoraggiato il gioco tra pari evitando smartphone o tablet personali;

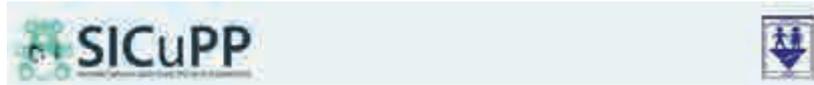
- da 6 a 9 anni il bambino ha bisogno di scoprire le regole del gioco sociale, pertanto non consentire l’uso di internet;
- da 9 a 12 anni il bambino inizia a rendersi autonomo dai riferimenti familiari, pertanto evitare la partecipazione ai social network.

È fondamentale che i Pediatri di famiglia inizino a parlare del corretto uso degli schermi sin dalle prime visite, sfruttando l’opportunità offerta dal programma delle visite filtro cioè dei Bilanci di Salute.

Bibliografia

- ¹ Prensky M. Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon* 2001;9:1-6.
- ² Kushima M, Kojima R, Shinohara R, et al.; Japan Environment and Children’s Study Group. Association Between Screen Time Exposure in Children at 1 Year of Age and Autism Spectrum Disorder at 3 Years of Age: The Japan Environment and Children’s Study. *JAMA Pediatr* 2022;176:384-391. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5778>
- ³ Sorveglianza bambini 0-2 anni. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/>
- ⁴ Hawi NS, Samaha M. The relations among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. *Soc Sci Comput Rev* 2017;35: 576-586.
- ⁵ Westermann T, Moller S, Wechsung I. Assessing the Relationship between Technical Affinity, Stress and Notifications on Smartphones. *MobileHCI ’15: Proceedings of the 17th International Conference on Human-Computer Interaction with Mobile Devices and Services Adjunct*. New York, NY: ACM Press pp. 652-659. <https://doi.org/10.1145/2786567.2793684>
- ⁶ Winnick M. Putting a finger on our phone obsession. *Dscout* blog 2016.
- ⁷ Briscioli V, Uga E, Toffol G. Nativi digitali e uso del cellulare: indagine sulle modalità di utilizzo condotta in due scuole secondarie di 1° grado. *Quaderni ACP* 2015;6:276-281.
- ⁸ Mascheroni G, Ólafsson K. *Net Children Go Mobile: il report italiano*. Milano: OssCom, Università Cattolica del Sacro Cuore 2015.
- ⁹ Schurgin O’ Keeffe G, Clarke-Pearson K. The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics* 2011;127:800-804. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0054>
- ¹⁰ *Angewandte Psychologie*. www.zhaw.ch/psychologie
- ¹¹ Legge 29 maggio 2017, n. 71 (GU Serie Generale n. 127 dello 03-06-2017).

Allegato 1



Cara/o Collega,

È esperienza comune osservare l'uso di cellulari, smartphone e tablet nei ragazzi e nei bambini fin dalla più tenera età e tutti noi conosciamo i rischi che questa consuetudine può determinare per la loro salute psico-fisica. La SICuPP ha quindi ritenuto utile realizzare una ricerca epidemiologica per stimare la diffusione e le modalità di uso dei dispositivi digitali e dei social network nelle famiglie e tra i ragazzi ed i bambini. L'obiettivo finale è programmare un'attività formativa (basata sui dati epidemiologici raccolti) per i Pediatri di Famiglia al fine di avviare un'azione informativa capillare rivolta alle famiglie dei nostri bambini e ragazzi e destinata alla prevenzione e riduzione degli effetti collaterali nella popolazione pediatrica da uso improprio delle tecnologie.

Il tuo impegno consiste nell'invio ai genitori, per via telematica (WhatsApp, SMS, Mail), dell'invito a compilare un questionario on-line su questi argomenti. I genitori a loro volta potranno coinvolgere nello studio altri genitori.

Riteniamo prezioso il tuo contributo. Ti preghiamo pertanto di rispondere alla richiesta di partecipazione collegandoti al seguente link:

[Partecipazione al Progetto: USO CONSAPEVOLE DELLA TECNOLOGIA DIGITALE IN AMBITO PEDIATRICO](#)

A tutti coloro che decideranno di aderire allo studio verrà inviata la copia completa del progetto e i loro nominativi saranno inseriti come partecipanti allo studio nelle pubblicazioni.

Ti aspettiamo e grazie se vorrai darci una mano su questo importante argomento.

Il team SICuPP

Allegato 2



INDAGINE SULL'USO DEI DISPOSITIVI DIGITALI, INTERNET E SOCIAL MEDIA DA PARTE DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI

Cari genitori,

viviamo in un mondo in cui lo sviluppo tecnologico sta modificando il nostro modo di vivere e quello dei nostri figli. Si tratta di cambiamenti inarrestabili che hanno portato tanti vantaggi ma che alle volte possono provocare nei nostri bambini delle reazioni che danneggiano la loro salute. Vorremmo cercare di capire quale è la reale diffusione dei dispositivi digitali nelle famiglie, tra i bambini e l'uso che se ne fa, per aiutare voi genitori a gestire correttamente il loro impiego.

Vi chiedo pertanto di compilare il questionario che potrete raggiungere cliccando sul link di seguito riportato.

[INDAGINE SULL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DIGITALI DA PARTE DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI](#)

Vi prego di diffondere il questionario quanto più possibile fra gli altri genitori che conoscete.

Sono a completa disposizione per ogni altra eventuale informazione o spiegazione.

Nel ringraziarvi per la collaborazione vi informo che il questionario è assolutamente anonimo, che i dati saranno trattati nel completo rispetto delle attuali norme sulla privacy (regolamento UE n. 679/2016 - GDPR).

Partecipando al presente questionario, si intende accettato il trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. EU n.679/2016.

Il questionario è svolto in forma anonima; i dati raccolti saranno analizzati in forma aggregata e conservati nel rispetto della normativa europea consultabile al seguente link:

https://drive.google.com/open?id=1dA8--Q5tJMLogaVI9qer6PyKI3hhH_D

ilmedicopediatra 2023;32(1):23-27;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-4

Una rara lussazione posteriore di spalla nel bambino

Salvatore Bonfiglio, Alessandro Famoso

UOSD Ortopedia e Traumatologia, ARNAS Garibaldi Nesima-Catania

Introduzione

La scapolo-omeroale è l'articolazione del corpo umano dotata di maggiore motilità, ciò la rende particolarmente instabile e suscettibile a lussazione (perdita permanente dei rapporti articolari). La lussazione della spalla tuttavia è raramente osservata nei bambini e sono solo pochissimi i casi documentati in letteratura. Tra le instabilità, le lussazioni anteriori sono predominanti in oltre il 90% dei casi, mentre le lussazioni posteriori sono eventi eccezionali e si riscontrano solo nel 4% di tutte le lussazioni di spalla descritte¹.

Nella dislocazione posteriore molto comune è l'errore diagnostico, dovuto al fatto che l'esame radiologico eseguito solo nella "proiezione antero-posteriore" può essere interpretato come normale² e, nei bambini in particolare, tale condizione è solitamente causata da un'anomalia congenita o da lassità capsulo-legamentosa o lesione ostetrica del plesso brachiale (lesione neurologica). La lussazione traumatica posteriore della spalla senza la frattura dell'epifisi omerale prossimale nei bambini è anch'essa di raro riscontro³, poiché la piastra di crescita epifisaria tende a fratturarsi prima che si verifichi l'evento "lussazione"⁴. Frequentemente è proprio "il medico pediatra di famiglia" il primo a cui si presenta il quadro suddetto, pertanto l'esistenza del seppur raro caso di lussazione posteriore va sospettata al fine di poter indicare un corretto percorso diagnostico-terapeutico.

Materiali e metodi

Un bambino di 10 anni giungeva al nostro pronto soccorso intorno alle ore 20:00, dopo un riferito incidente stradale in bicicletta avvenuto nel proprio paesino di residenza che dista circa 2 ore di auto dal nostro ospedale. Per tale motivo, nell'immediatezza si era rivolto al proprio Pediatra di famiglia il quale, visto il quadro clinico, aveva ipotizzato una frattura della spalla consigliando di afferire in ospedale.

Clinicamente il bambino riferiva dolore alla spalla destra e mostrava un range articolare marcatamente limitato, con particolare compromissione

Corrispondenza

Salvatore Bonfiglio
Salvatore.ortopedia@tim.it

Conflitto di interessi:

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Bonfiglio S, Famoso A. Una rara lussazione posteriore di spalla nel bambino. *Il Medico Pediatra* 2023;32(1):23-27. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-4>

© 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.

Esame radiografico della spalla destra



della rotazione esterna e dell'elevazione. I polsi periferici erano palpabili e non veniva rilevato alcun deficit neurologico, tuttavia era presente un atteggiamento coatto dell'arto in rotazione interna e adduzione. La radiografia (Fig. 1) della spalla destra, eseguita in una sola proiezione per la scarsa collaborazione del paziente che si rifiutava di stare in piedi, veniva ini-

zialmente interpretata come lussazione anteriore della spalla dal medico radiologo.

Dal pronto soccorso veniva dunque richiesta una "Consulenza Ortopedica" che, all'esame obiettivo della spalla, evidenziava un limitato movimento del braccio, con rotazione interna e adduzione, senza alcun crepitio o motilità preternaturale. L'epifisi prossimale dell'omero era palpabile nella parte posteriore del torace ed era inoltre documentabile ematoma cutaneo posteriore, con modifica del profilo anatomico dell'intero arto superiore destro.

Per tale motivo veniva posta diagnosi di sospetto di "lussazione posteriore scapolo-omerale" e richiesta l'integrazione con radiografia transtoracica (Fig. 2) e tomografia assiale computerizzata.

L'esame TAC confermava la lussazione posteriore dell'epifisi prossimale dell'omero con la dubbia presenza di associato distacco lamellare osseo, espressione di "Reverse bone Bankart" (distacco parcellare osseo della glenoide) (Fig. 3)

In urgenza e in anestesia generale veniva eseguita una manovra di riduzione a cielo chiuso (una leggera trazione e pressione sull'epifisi prossimale dell'omero in direzione postero-anteriore, con una lenta rotazione esterna dell'estremità distale dell'omero) ottenendo il ripristino della congruenza articolare. È fundamenta-

FIGURA 2.

Quadro clinico e radiografia transtoracica.

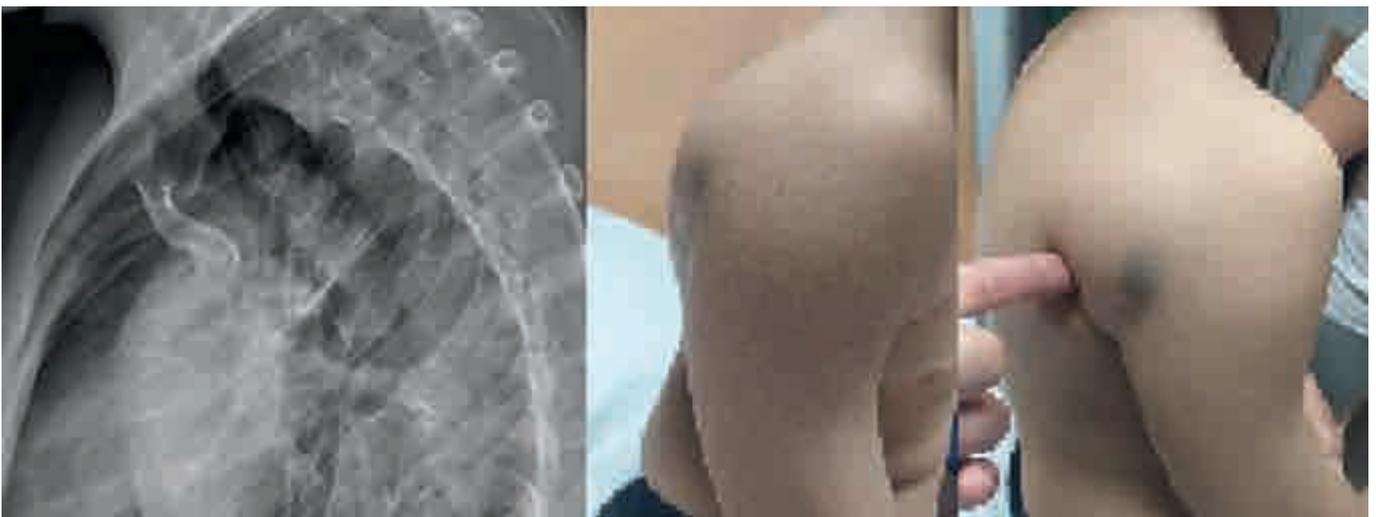
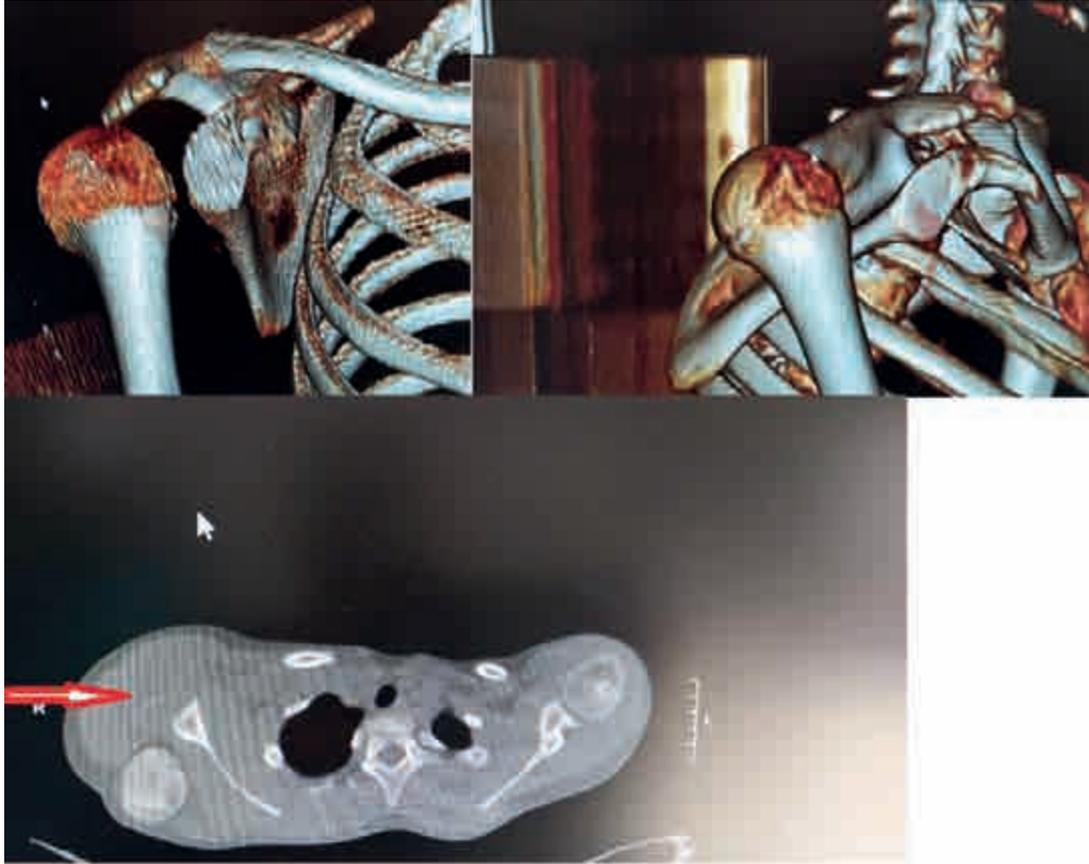


FIGURA 3.

Esame Tac della spalla destra.



le che tale manovra venga eseguita in anestesia e in maniera prudente dal momento che brusche e incaute manovre possono provocare la frattura dell'epifisi prossimale complicando notevolmente il quadro clinico. Le radiografie post-riduzione confermavano il ripristino dei rapporti articolari scapolo-omerale (Fig. 4).

L'arto veniva posizionato in tutore in rotazione neutra per 21 giorni e, alla rimozione dello stesso, il paziente iniziava un percorso riabilitativo con esercizi per il recupero del range di movimento e per il potenziamento muscolare secondo tolleranza, ma con divieto di attività sportiva per le successive 4 settimane. L'ultimo follow-up veniva eseguito a 3 mesi dopo l'infortunio e rivelava ripristino completo del movimento senza dolore. Veniva quindi consigliata una risonanza magnetica (RMN) per valutare l'articolazione della spalla e le strut-

ture capsulo-legamentose, dal momento che residuava ipotrofia del muscolo deltoide destro se confrontato con l'arto controlaterale, da verosimile neuroaprassia del nervo circonflesso in fase di remissione (Fig. 5). Tale esame confermava in ultima battuta l'integrità delle strutture anatomiche osservate.

Discussione

Le lussazioni della spalla, seppur poco comuni nella popolazione più giovane, si verificano tuttavia più frequentemente negli adolescenti che nei bambini piccoli. In questi ultimi, i legamenti sono sette volte più forti delle ossa. Pertanto, una frattura dell'epifisi omerale prossimale è più comune della rottura legamentosa che può generare la lussazione. Gli stabilizzatori dell'articolazione gleno-omerale sono le strutture capsulo-legamentose, la glenoide, il labbro e la cuffia dei rotatori⁸.

FIGURA 4.

Radiografia postriduzione con ripristino dei rapporti articolari.

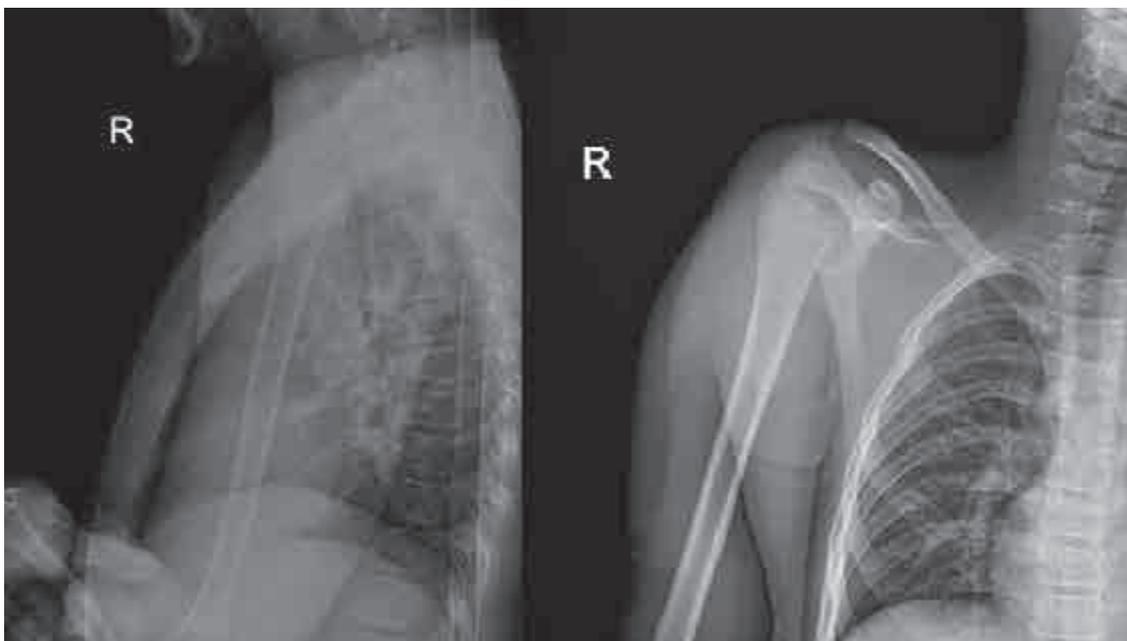


FIGURA 5.

Quadro clinico a 3 mesi e risonanza magnetica di controllo.



Per i bambini più piccoli, prima della fase puberale, è indicato sempre il trattamento conservativo dopo la riduzione in urgenza. Ciò è giustificato dal tasso di re-

cidiva estremamente basso che consente di escludere l'indicazione chirurgica. Il trattamento di scelta è la riduzione in urgenza e l'applicazione di un bendaggio per

2-3 settimane. Il tasso di recidiva della lussazione nei bambini < 14 anni in letteratura è riportato essere del 4,7%⁹ e spesso la causa della recidiva è stata un nuovo trauma o una condizione anatomica predisponente. Nello specifico, la lussazione posteriore della spalla è un'entità molto rara, ma clinicamente e radiologicamente ben definita.

C'è confusione tra sublussazione posteriore e lussazione. La sublussazione posteriore è un'entità acuta associata a trauma con un difetto osseo dell'epifisi prossimale dell'omero che si incastra dietro la glenoide, noto come fenomeno di "Engage". Le dimensioni del difetto dipendono dal tempo di permanenza della testa omerale in "Engage" con la glenoide prima che essa venga ridotta nella sua sede articolare normale. Ciò rappresenta una sublussazione perché una parte della superficie articolare della testa omerale è ancora a contatto con la glena, mentre un'altra è dietro di essa⁶, ed è questa la forma clinica in cui la diagnosi viene spesso mancata.

Solitamente una lussazione posteriore non si presenta con una marcata deformità clinica, diversamente da quanto da noi osservato nel caso in discussione in cui la dislocazione si spingeva fino alla regione sottocutanea del torace posteriore; l'arto superiore infortunato è tipicamente tenuto nella tradizionale posizione addotta al torace con associata impossibilità di rotazione esterna, segno clinico tipico della lussazione posteriore!! Appaiono dunque fondamentali un corretto esame clinico del paziente e una "serie radiografica completa da trauma". Si possono osservare inoltre una massa palpabile posteriormente alla spalla, appiattimento della spalla anteriore e prominente coracoidea anteriore⁵. La letteratura riporta varie indagini che vengono eseguite di routine, ad esempio RMN, arthro-RMN, stressRMN o TAC¹⁰. Queste indagini possono essere utili per la pianificazione preoperatoria, prevalentemente nell'adulto, e per il rilevamento di lesioni del cercine, rotture tendinee e legamentose, ma non vi è alcun protocollo decisionale basato su questi risultati. Fondamentale l'anestesia e la sedazione per il rischio di fratturare la testa durante la riduzione: la spalla non deve essere forzata violentemente in rotazione esterna nel tentativo di riduzione senza narcosi.

Wilson e McKeever⁷ ritengono che la maggior parte delle lussazioni posteriori sia instabile e debba essere fissata per via percutanea. Il braccio del paziente deve essere tenuto in una posizione neutra, quindi si esegue una osteosintesi temporanea con 2 fili di k attraverso l'acromion nella testa dell'omero. Questa procedura è usata raramente tranne che nella riduzione a cielo aperto di lussazioni posteriori passate misconosciute, restando la riduzione incruenta in anestesia generale il "gold standard".

CONCLUSIONE

Le lussazioni posteriori della spalla sono rare e ancora più rare nei bambini. È facile mancare la diagnosi e dunque sono necessari un'attenta anamnesi, un esame clinico appropriato e una corretta esecuzione e valutazione delle radiografie per giungere alla diagnosi. Il trattamento dipende principalmente da quanto precocemente la lussazione viene riconosciuta e certamente il trattamento non chirurgico è la prima scelta in età pediatrica. Il medico pediatra spesso risulta essere il primo a osservare tale quadro patologico, pertanto la conoscenza di questa rara eventualità e dei suoi segni clinici tipici è di aiuto al fine di agevolare il percorso diagnostico-terapeutico e mettere in atto misure finalizzate a evitare sequele permanenti.

Bibliografia

- 1 Perron A, Jones R. Posterior shoulder dislocation: avoiding a missed diagnosis. *Am J Emerg Med* 2000;18:189-191.
- 2 Xu W, Huang L, Guo J, et al. Neglected posterior dislocation of the shoulder: a systematic literature review. *J Orthop Translat* 2015;3:89-89.
- 3 Foster W, Ford T, Drez D. Isolated posterior shoulder dislocation in a child. *Am J Sports Med* 1985;13:198-200.
- 4 Mirtz TA, Chandler JP, Evers CM. The effects of physical activity on the epiphyseal growth plates: a review of the literature on normal physiology and clinical implications. *J Clin Med Res* 2011;3:1-7.
- 5 Egol KA, Koval KJ, Zuckerman JD. *Handbook of Fracture*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health 2010.
- 6 Cicak N. Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 2004;86-B:324-332.
- 7 Wilson J, McKeever F. Traumatic posterior (retroglenoid) dislocation of the humerus. *J Bone Joint Surg* 1949;31:160-180.
- 8 Kenes C. L'épaule instable des sujetsjeunes. Expériencechirurgicale. *Bull Acad Natl Med* 1998;182:87-98, discussion 99.
- 9 Wagner KT, Lyne ED. Adolescent traumatic dislocations of the shoulder with open epiphyses. *J PediatrOrthop* 1983;3:61-62.
- 10 Arciero RA, St. Pierre P. Acute shoulder dislocation. Indications and techniques for operative management. *Clin Sports Med* 1995;14:937-953.

Presentiamo il calendario completo dei martedì FIMP, una serie di webinar di altissimo interesse scientifico e professionale che a scansione quasi settimanale affronteranno temi riguardanti la professione e l'attività del Pediatra di famiglia.

il martedì... è FIMP

21.00 | 23.00

Comitato Scientifico

Coordinatore

Giuseppe Di Mauro

Cecilia Argentina
 Andrea Canali
 Francesco Carlomagno
 Serenella Castronuovo
 Teresa Cazzato
 Luigi Cioffi
 Laura Concas
 Raffaella De Franchis
 Antonino Gulino
 Anna Latino
 Domenico Meleleo

Ettore Napoleone
 Serafino Pontone Gravaldi
 Carmelo Rachele
 Lamberto Reggiani
 Giuseppe Ruggiero
 Luigi Terracciano
 Gianfranci Trapani
 Sergio Vai
 Maria Carmen Verga

Segreteria Nazionale

Presidente

Antonio D'Avino

Luigi Nigri
 Nicola Roberto Caputo
 Domenico Careddu
 Osama Al Jamal
 Giuseppe Di Mauro
 Paolo Felice
 Silvia Zecca
 Antonella Antonelli
 Giovanni Cerimoniale



**Segreteria Organizzativa
 e Provider E.C.M. Id. N. 555 iDea Congress**

SEDE ROMA:

Piazza Giovanni Randaccio, 1 - 00195 Roma
 tel. 06 36381573 - fax. 06 36307682

SEDE MILANO:

Corso Venezia, 8 - 20121 Milano
 tel. 02 50033071

ideagroupinternational.eu - info@idea-group.it

La serie di incontri "II MARTEDÌ... È FIMP" rientra nell'ambito delle numerose iniziative del nuovo Comitato Scientifico Tecnico e Organizzativo della FIMP. Forte delle elevate e numerose competenze della Pediatria di Famiglia e dei PdF iscritti alla FIMP, il CTS si avvale della collaborazione di quasi 50 colleghi, riconosciuti esperti in ambito nazionale e, per alcuni, internazionale, impegnati nei progetti di più di 20 aree tematiche. Tra i progetti, di fondamentale importanza è l'attività formativa che ha lo scopo di elevare la qualità dell'offerta assistenziale della Pediatria di famiglia, in base a criteri di appropriatezza degli interventi nella pratica clinica e, dall'altra parte, alla crescente necessità di integrazione ospedale-territorio.

È infatti ormai improcrastinabile una riorganizzazione della rete dei servizi ospedalieri e territoriali, perché da alcuni anni il SSN deve affrontare problemi di sostenibilità a causa di una cospicua riduzione delle risorse disponibili e le migliori soluzioni possibili si concretizzano con politiche di razionalizzazione dell'offerta assistenziale. La nostra normativa in materia sanitaria richiama costantemente ai principi di appropriatezza: li ritroviamo nel Patto per la salute, nel Piano Sanitario Nazionale, negli Accordi Collettivi Nazionali ed Accordi Integrativi Regionali dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS). Oltre alla problematica dell'appropriatezza altre criticità sono state da tempo segnalate in Medicina e sono state oggetto di attenta riflessione. La governance della qualità non è ben strutturata né uniforme, esistono disomogeneità nelle prestazioni e negli esiti, il ruolo dell'assistenza primaria e territoriale può essere ampliato (OCSE), poco o nulla è stato fatto per la loro implementazione nella pratica clinica quotidiana e per rendere i professionisti clinici responsabili dell'elaborazione sia dei vari documenti di indirizzo, sia delle politiche aziendali. Il CTS è quindi impegnato a mettere i pdf nella condizione di poter soddisfare il 95% delle richieste assistenziali senza ricorrere ai servizi di 2° e 3° livello, aumentando le competenze del Pdf nel "sapere" e nel "saper fare", oltre ad affermare la pediatria di famiglia come interlocutore autorevole nel panorama scientifico e non come semplice esecutore. Il programma dei Martedì FIMP è quindi contemporaneamente pratico e di grande livello scientifico, abbraccia tutte le nostre Aree tematiche ed è strutturato per elevare il livello della pratica assistenziale del Pdf e per costituire un ottimo riferimento nel panorama della formazione pediatrica italiana.

ilmedicopediatra 2023;32(1):28-32

il martedì... è FIMP

21.00 | 23.00

7 Marzo 2023**Allattamento**

- ¹ *Introducono: Guglielmo Salvatori, Adele Compagnone*
 Buone pratiche in allattamento al seno per il pediatra di famiglia. *Teresa Cazzato*
Conduce: Giannamaria Vallefucio

14 Marzo 2023**L'importanza delle buone pratiche cliniche**

- Introducono: Fabio Midulla, Flaminia Bardanzellu*
² Raccomandazioni delle linee guida e responsabilità professionale. *Maria Carmen Verga*
 Valutazione delle linee guida. *Giovanni Simeone*
Conduce: Raffaele Losco

21 Marzo 2023**L'importanza delle buone pratiche cliniche**

- Introducono: Giovanni Corsello, Mariangela D'Aniello*
³ Dare risposta ad un quesito clinico. *Marcello Bergamini*
 Come leggere un articolo scientifico. *Maria Carmen Verga*
Conduce: Chiara Oretti

28 Marzo 2023**Telemedicina e digitalizzazione**

- Introducono: Alberto E. Tozzi, Bruno Papia*
⁴ Digitalizzazione e telemedicina: per semplificare, non complicare. *Sergio Vai*
 Il rapporto medico-paziente e la comunicazione con gli strumenti digitali. *Leo Venturelli, Michela Sanna*
Conduce: Antonella Antonelli

4 Aprile 2023**Farmacovigilanza nelle cure primarie**

- Introducono: Francesco Rossi, Cristina Di Mauro*
⁵ La pediatria di famiglia e le segnalazioni degli avversi avversi. *Annalisa Capuano*
 Dall'under reporting ai PASStudies. *Ettore Napoleone*
Conduce: Nino Gurnari

11 Aprile 2023**Medicina legale**

- Introducono: Vittorio Fineschi, Nicola D'Amario*
⁶ Medicina legale per il pediatra di libera scelta: le certificazioni, la relazione di cura, il consenso e la responsabilità civile.
Pasquale Macri, Paola Frati
Conduce: Luigi Nigri

18 Aprile 2023**Bioetica dell'infanzia**

- Introducono: Carmine Pecoraro, Domenico Morosini*
⁷ Il bambino e la vaccinazione. *Maria Elisabetta Di Cosimo*
 Gli screening prenatali: un passaporto per la vita. *Antonino Gulino*
Conduce: Milena Lo Giudice

2 Maggio 2023**Oltre il silenzio**

- Introducono: Massimo Pettoello Mantovani e Elena Desiderio*
⁸ La Violenza Domestica nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia: conoscere il fenomeno per costruire il futuro. *Anna Latino*
 Il questionario SEEK: uno strumento nelle mani del Pediatra di famiglia; e poi? ... dal sospetto alla segnalazione. *Paola Miglioranzi*
Conduce: Silvia Zecca

9 Maggio 2023**La salute sessuale in adolescenza**

- Introducono: Alessandra Graziottin, Rita D'Agostino*
⁹ La salute andrologica: un impegno del pediatra. *Giuseppe Saggese*
 Investire nel futuro della salute femminile... Si inizia dall'adolescenza (o anche prima). *Maria Chiara Lucchetti*
Conduce: Alessandro Ballestrazzi

il martedì... è FIMP

21.00 | 23.00

16 Maggio 2023

Problemi in adolescenza: quando preoccuparsi e cosa fare

Introducono: Giuseppe Saggese, Elisabetta Bertagnoli

- 10 Disturbi alimentari negli adolescenti e ricerca dell'identità. *Simonetta Marucci, Paola Giammaria*
 I-gen e boomers: adolescenza, compiti di sviluppo e salute mentale ai tempi dei social. *Tonino Cantelmi*
 Conduce: *Serenella Castronuovo*

23 Maggio 2023

Neurosviluppo

Introducono: Eugenio Mercuri, Valentina Lanzara

- 11 Il bambino che non gattona: quali gli elementi clinici da ricercare. *Carmelo Rachele*
 I segni sfumati delle malattie neuromuscolari: come riconoscerli. *Michela Coccia*
 Il percorso diagnostico: l'esempio della distrofia muscolare di Duchenne. *Marika Pane*
 Conduce: *Valentina De Vittori*

30 Maggio 2023

Neurosviluppo

Introducono: Maria Luisa Scattoni, Giulia Maiella

- 12 I disturbi del linguaggio: dal gesto alla comunicazione verbale. *Maria Cristina Caselli*
 Comunicazione, interazione sociale e gioco: quali i segni per la diagnosi precoce dei disturbi neurocognitivi. *Fabio Apicella*
 Difficoltà e disturbi dell' apprendimento. *Deny Menghini*
 Conduce: *Carmelo Rachele*

6 Giugno 2023

La neonatologia per il pediatra di famiglia

Introducono: Luigi Orfeo, Laura Costanza De Angelis

- 13 Il follow up del neonato prematuro e di basso peso. *Nicola Laforgia*
 La dimissione dalla terapia intensiva neonatale e la gestione condivisa neonatologo e Pediatra di Famiglia. *Paola Cavicchioli, Cecilia Argentina*
 Conduce: *Renato Turra*

13 Giugno 2023

Medicine complementari

Introducono: Ginfranco Trapani, Gloria Zita Trapletti

- 14 Low dose medicine. *Gianni Bona*
 La Fitoterapia. *Vitalia Murgia*
 Conduce: *Domenico Careddu*

20 Giugno 2023

Malattie rare

Introducono: Angelo Selicorni, Franco Pisetta

- 15 Le novità diagnostiche nelle malattie rare. *Alessandra Renieri*
 Le novità terapeutiche nelle malattie rare. *Martino Ruggieri*
 Conduce: *Serafino Pontone Gravaldi*

27 Giugno 2023

Sport e salute

Introducono: Barbara De Mei, Francesco Pastore

- 16 Benefici fisici dell'attività sportiva in età pediatrica. *Antonio Paoli*
 Uno sport per ogni età? *Dario Colella*
 Conduce: *Domenico Meleleo*

5 Settembre 2023

Vaccinazioni ed Emergenze

Introducono: Stefania Zampogna, Daniela Damiani

- 17 Vaccinazioni: gestione ambulatoriale e sicurezza clinica. *Giorgio Conforti*
 Il carrello dell' emergenza. *Francesco Carlomagno*
 Conduce: *Paolo Lubrano*

il martedì... è FIMP

21.00 | 23.00

12 Settembre 2023**Vaccini e vaccinazioni**

18 *Introducono: Massimo Resti, Antonio Di Mauro*
 Liberi dalle meningiti. *Chiara Azzari*
Conduce: Martino Barretta

19 Settembre 2023**Vaccini e vaccinazioni**

19 *Introducono: Paolo Bonanni, Erika Calandra*
 Perché ammalarsi di influenza e altri virus? *Martino Barretta*
 Le vaccinazioni per l'adolescente. *Rocco Russo*
Conduce: Aurelio Occhinegro

26 Settembre 2023**La diagnostica ambulatoriale**

20 *Introducono: Gian Luigi Marseglia, Francesco Di Mauro*
 Organizzazione dell'ambulatorio per la diagnostica strumentale. *Lamberto Reggiani*
 La diagnostica respiratoria: saturimetro e spirometro. *Luigi Terracciano*
Conduce: Roberto Nicola Caputo

3 Ottobre 2023**La diagnostica ambulatoriale**

21 *Introducono: Alberto Villani, Ileana Bracale*
 Test utili da sangue intero capillare: un aiuto diagnostico quando il pediatra ha dei dubbi. *Lamberto Reggiani*
Conduce: Donato Meffe

10 Ottobre 2023**Diabetologia**

22 *Introducono: Stefano Zucchini, Ilaria Sani*
 La diagnosi e terapia delle varie forme di diabete. *Dario Iafusco*
Conduce: Giuseppe Vella

17 Ottobre 2023**Endocrinologia**

23 *Introducono: Maria Carolina Salerno, Carol Murachelli*
 La diagnostica delle basse stature. *Francesco Chiarelli*
Conduce: Laura Concas

24 Ottobre 2023**Ricerca clinica**

24 *Introducono: Salvatore Auricchio, Roberta Buonavolontà*
 Il ruolo della ricerca nell'ambito delle Cure Primarie: un'esperienza di "health learning system". *Riccardo Troncone*
 I progetti della pediatria di famiglia. *Raffaella de Franchis, Osama Al Jamal, Carmen Verga, Luigi Cioffi*
 La ricerca del pediatra di famiglia oggi. *Ettore Napoleone*
Conduce: Patrizia Gallo

7 Novembre 2023**Ambiente e salute**

25 *Introducono: Sergio Bernasconi, Valentina Allegri*
 L'ambiente e i primi mille giorni. *Andrea Canali*
 Inquinanti alimentari: come difendere l'infanzia. *Renata Alleva*
Conduce: Stefania Russo

14 Novembre 2023**Alimentazione e nutrizione**

26 *Introducono: Fabio Mosca, Mariarosaria Scialla*
 L'alimentazione del pretermine: dal latte all'alimentazione complementare. *Raffaella De Franchis*
Conduce: Giuseppe Olivero

il martedì... è FIMP

21.00 | 23.00

21 Novembre 2023

La diagnostica ambulatoriale

Introducono: Paolo Nucci, Carlo Di Fabrizio

27 La prevenzione dell'ambliopia. *Salvatore Iasevoli*

Conduce: Lamberto Reggiani

La diagnostica dermatoscopica. *Giuseppe Ruggiero*

Conduce: Michele Fiore

28 Novembre 2023

La diagnostica ambulatoriale

Introducono: Domenico Di Maria, Marina Caponio

28 Diagnostica otologica: otoscopia, impedenziometria, test audiologici. *Luigi Cioffi*

Conduce: Valentina Bosco

5 Dicembre 2023

La dermatologia che interessa il pediatra

Introducono: Fabio Arcangeli, Francesca Ianniello

29 La dermatologia nell'adolescente. *Giuseppe Ruggiero*

Conduce: Matteo Ferrara

12 Dicembre 2023

La dermatologia che interessa il pediatra

Introducono: Maya El Hachem, Giuseppe Vella

30 La dermatologia da scoprire. *Giuseppe Ruggiero*

Conduce: Rocco Calzaretti

19 Dicembre 2023

Allergologia e pneumologia

Introducono: Michele Miraglia del Giudice, Dora Di Mauro

31 La gestione del wheezing in età prescolare nello studio del pediatra di famiglia. *Luigi Terracciano*

La prevenzione delle allergie respiratorie e della marcia allergica. *Giuseppe Marchese*

Conduce: Giovanni Cerimoniale

Prima Ricerca Nazionale su stili di vita e abitudini alimentari dei bambini e degli adolescenti

Care Colleghe e Cari Colleghi,

l'obesità infantile rappresenta da anni una piaga per tutta la nostra società. Nonostante i numerosi interventi preventivi e terapeutici messi in atto in vari ambiti, il problema persiste ed è un fattore di rischio importante per patologie future.

È necessario che noi Pediatri di famiglia diamo una svolta all'approccio a tale problematica!

I dati italiani a nostra disposizione, in merito a frequenza e distribuzione regionale dell'obesità, derivano da informazioni rilevate soprattutto in età scolare, epoca in cui probabilmente è già tardi per intervenire.

Per tale motivo la Fimp, ha deciso di essere partner con la Clinica Pediatrica ed Endocrinologica dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini, con l'Università degli Studi di Genova e con Helpcode Italia, nell'analisi delle abitudini alimentari, degli stili di vita dei bambini italiani e dei loro parametri auxologici.

Attraverso un questionario online compilato dai genitori, tali informazioni verranno analizzate da un team di statistici e ci verrà fornita una fotografia dell'attuale situazione italiana in tema di obesità infantile.

Obiettivi di questo studio sono, non solo avere dati di prevalenza dell'obesità nelle varie regioni italiane a tutte le età dei bambini, ma anche comprendere quale sia la più comune età di insorgenza del problema, quali siano gli errori alimentari e di stile di vita più frequenti e quale sia il grado di aderenza alla dieta mediterranea dei bambini italiani.

Queste informazioni consentiranno di identificare le strategie preventive da mettere in atto e i momenti, nell'ambito della crescita dei nostri bambini, in cui sia maggiormente richiesta l'attenzione del Pediatra di famiglia.

Metteremo in atto la vera prevenzione primaria dell'obesità, che è il nostro principale compito.

Con questo progetto, inoltre, potremo dimostrare la forza numerica della Pediatria di famiglia nella raccolta dati, unica realtà al mondo in grado di portare avanti progetti così ambiziosi in tema di numerosità del campione da analizzare. Tutta la medicina sta andando in questa direzione, ma noi siamo gli unici già pronti alla raccolta dati.

Modalità operativa di partecipazione al progetto

Inviare una mail di adesione all'indirizzo: ufficiopresidenza@fimp.pro

Stampare la locandina allegata a questa comunicazione ed esporla nel proprio ambulatorio o in sala d'attesa

A ogni bilancio di salute, invitare il genitore alla compilazione del questionario subito dopo la visita; il genitore, inquadrando il QR code della locandina, otterrà il questionario sul proprio cellulare e comincerà a rispondere

Il questionario è anonimo e dura tra i 5 e i 7 minuti

Non perdiamo questa opportunità! Grazie anticipatamente a Tutti

dott. Antonio D'Avino
Presidente Nazionale FIMP

dott. Giuseppe Di Mauro
Segretario Nazionale alle attività
scientifiche ed etiche

PARTECIPA ALLA PRIMA RICERCA NAZIONALE su stili di vita e abitudini alimentari dei bambini e degli adolescenti

Vorremmo avere un quadro chiaro
degli stili di vita e alimentari
e della situazione riguardante l'obesità infantile.

Il questionario è anonimo
e dura 7 minuti.

Ci aiuti?
Partecipa
QUI



L'iniziativa rientra nella campagna
promossa da Helpcode e dedicata
all'educazione alimentare e alla
prevenzione della malnutrizione infantile

sf_amarsi

OSSERVATORIO NAZIONALE INCIDENZA OBESITÀ INFANTILE (ONOI)



FIMP,
Università di Genova,
Istituto Giannina Gaslini e Helpcode
insieme per

ONOI
OSSERVATORIO NAZIONALE
INCIDENZA OBESITÀ INFANTILE

**Contribuisci
con soli 2 questionari al giorno
alla PRIMA RICERCA NAZIONALE
della pediatria di famiglia
su stili di vita e abitudini
alimentari dei bambini
e degli adolescenti**

OBIETTIVO

Avere un quadro chiaro e aggiornato del fenomeno dell'obesità infantile in Italia, attraverso la raccolta di questionari sulle abitudini alimentari dei bambini.



QUANDO?

Nel corso delle visite in studio, invita tutti i genitori dei bambini a partire dai 10/12 mesi a rispondere alle domande. Si tratta di un questionario per bambino.

COME?

Fai inquadrare il QR Code al genitore: accederà subito alle domande che potrà compilare in autonomia e in forma anonima. Perché il questionario sia valido, dovrà arrivare fino in fondo e terminare le domande.



SENZA SFORZO

Bastano due questionari al giorno per raggiungere tutti insieme e in breve tempo, il nostro obiettivo.

PERCHÉ?

Conoscere il momento in cui insorgono le cattive abitudini alimentari, può aiutare il pediatra di famiglia a creare **programmi educativi innovativi per la riduzione dell'obesità infantile e per la prevenzione di malattie croniche dell'età adulta.**



Laura Reali eletta Presidente dell'ECPCP



Dal 17 al 19 marzo 2023 si è svolto a Tel Aviv il meeting annuale dell'ECPCP, Confederazione Europea dei Pediatri delle Cure Primarie, che include 19 nazioni con 23 società nazionali aderenti, con lo scopo di confrontarsi e migliorare non solo nelle pratiche cliniche quotidiane ma anche su temi di prevenzione, *advocacy*, inquinamento ambientale e formazione. Sono stati realizzati diversi *statement*, anche condivisi con le altre Confederazioni pediatriche europee (EAP, EPA/UNEPSA, GPEC), che sono espressione della voce dei pediatri europei.

La nostra collega Laura Reali, Delegata nazionale dell'ACP, è stata eletta Presidente all'unanimità, a coronamento del suo lungo impegno scientifico e culturale. Accanto alla sua quotidiana attività di Pediatra delle cure primarie presso la ASL Rm1 di Roma, si è sempre impegnata nella formazione, in qualità di redattrice della rivista Quaderni ACP. Laura Reali è attualmente anche presidente dell'ISDE, membro del comitato etico dell'Ospedale Bambino Gesù e membro della Commissione di Pediatria dell'OdM di Roma.

Oltre alle congratulazioni per il riconoscimento internazionale del lavoro svolto, a lei vanno i nostri migliori auguri e tutto il nostro sostegno, per continuare nell'impegno di far sentire la voce unanime di tutti i pediatri europei nella difesa dei diritti e della salute dei bambini.

Fotografia che Passione!

Tutti noi amiamo fotografare i momenti più importanti della nostra vita. Per alcuni però la fotografia non è soltanto un modo semplice e immediato per conservare ricordi e momenti speciali ma una vera e propria passione che li porta spesso a risultati degni di veri e propri professionisti.

Per questo abbiamo deciso di bandire un concorso di fotografia riservato ai Pediatri della FIMP avente per tema il bambino (e non potrebbe essere altrimenti!) e il suo mondo.

Il tema è puramente indicativo e non deve limitare la creatività di chi vuole partecipare: basta soltanto che la fotografia inviata abbia a che fare in qualche modo con il mondo dell'infanzia.

Tra tutte le fotografie pervenute (formato JPEG da inviare a icastelli@pacinieditore.it entro il 30 giugno 2023) sceglieremo le tre più belle e i vincitori verranno premiati in occasione del Congresso Scientifico Nazionale FIMP di Taormina in ottobre.

Sempre al Congresso organizzeremo uno spazio in cui contiamo di esporre tutte le fotografie del concorso. Sarà un'occasione per dare risalto alla creatività dei colleghi e mettere in contatto persone che condividono la stessa passione.

