

# ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri



*Ultim'ora: firmato  
il nuovo ACN  
Un buon anno per  
la pediatria di  
famiglia*

4 2025



PACINI  
EDITORE  
MEDICINA

## Editoriale del Presidente

- 1 A. D'Avino

## Editoriale del Direttore

- 3 A. Ballestrazzi

## Attività professionale

- 5 **Dalla Legge 130/2023 al progetto D1CeScreen: verso lo screening nazionale per diabete di tipo 1 e celiachia**  
Flavia Pricci, Chiara Porfilio, Adalgisa Ilaria Sedile, Marika Villa, Olimpia Vincentini

- 9 **Il ruolo del pediatra di famiglia nella prevenzione del VRS: risultato di una survey**  
Martino Barretta

- 20 **Guardia Medica Pediatrica in Molise: utilità e gradimento delle famiglie**  
E. Napoleone, G. Bontempo, A. Carrino, R. Centracchio, N. Colarocchio, C. D'Apollonio, A. Dall'Olio, E. Di Blasio, M.G. Gallo, L. Golinelli, A. Ionata, F. Lombardi, I. Marinelli, P. Petrella, C. Pinti, A. Sorella, M. Stivaletta, M. Tartagione, V. Tutolo, M.V. Vigliardi, D. Meffe

- 29 **Laboratorio di Bellezza. SIME porta la bellezza nelle scuole: un laboratorio per educare i giovani a un nuovo sguardo su sé stessi e sul mondo**  
Annarosa Capizzone, Emanuele Bartoletti

## DIRETTORE ESECUTIVO

Antonio D'Avino

## DIRETTORE EDITORIALE

Alessandro Ballestrazzi

## DIRETTORE RESPONSABILE

Eleonora Mancini

## COMITATO DI REDAZIONE

Alessandro Ballestrazzi

Lucia Peccarisi

Roberto Sacchetti

Giovanni Semprini

Immacolata La Bella

## CONTATTI

[ilmedicopediatra@fimp.pro](mailto: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](http://www.pacinieditore.it)

## DIVISIONE PACINI EDITORE MEDICINA

Fabio Paponcini • Business Unit Manager  
Tel. 050 31 30 218 • [fpaponcini@pacinieditore.it](mailto:fpaponcini@pacinieditore.it)  
Alessandra Crosato • Account Manager  
Tel. 050 31 30 239 • [acrosato@pacinieditore.it](mailto:acrosato@pacinieditore.it)  
Francesca Gori • Business Development & Scientific Editorial Manager  
[fgori@pacinieditore.it](mailto:fgori@pacinieditore.it)  
Manuela Mori • Digital Publishing & Advertising  
Tel. 050 31 30 217 • [mmori@pacinieditore.it](mailto:mmori@pacinieditore.it)

## REDAZIONE

Valentina Barberi  
Tel. 050 3130285 • [vbarberi@pacinieditore.it](mailto:vbarberi@pacinieditore.it)

## STAMPA

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

## A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



PACINI  
EDITORE  
MEDICINA

# Nuovo sito dedicato a **ilmedicopediatra** rivista ufficiale **fimp** Federazione Italiana Medici *Pediatr*i

[www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it](http://www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it)



Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatrici



Federazione Italiana Medici Pediatrici



[Home](#) [Ultimo Fascicolo](#) [Archivio](#) [La Rivista](#) [Comitato Editoriale](#) [Norme Per Autori](#) [Contatti](#) [Video Gallery](#)



1 2023

rivista ufficiale F.I.M.P.  
trimestrale

**DIRETTORE ESECUTIVO**  
Paolo Biasci

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Valdo Flori

**COMITATO DIRETTIVO**  
Paolo Biasci, Luigi Nigri, Antonio D'Avino, Costantino Gobbi,

### FIMP 1-2023 online

In questo numero:

Editoriale del Direttore  
*Alessandro Ballestrazzi*

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

Dalla laurea alla pensione. La guida completa per i medici di medicina generale - 2a parte  
*Le Guide del Giornale della Previdenza - Enpam*

La tecnologia digitale in Pediatria ovvero come promuoverne un uso giudizioso nei bambini  
*Giovanni Cerimoniale, Emanuela Malorgio, Flavia Ceschin, Giovanni Vitali Rosati, Paolo Becherucci, G Ragni, Grazia Minardo, Paolo Brambilla, Silvia Gambotto, Gaetano Bottaro, Pier Luigi Tucci*

Una rara lussazione posteriore di spalla nel bambino  
*Salvatore Bonfiglio, Alessandro Famoso*

News

[VAI al fascicolo FIMP 1-2023](#)

### In evidenza

#### Editoriale del Presidente

*Antonio D'Avino*



Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatrici

**Aggiornamenti Flash**

#### Il pediatra di famiglia e i disturbi del neurosviluppo

Leucodistrofia Metacromatica

Identificazione precoce dell'atrofia muscolare spinale (SMA): il progetto BE SMARt

Il Riconoscimento Precoce Della Distrofia Muscolare Duchenne

Focus su Distrofia Muscolare di Duchenne e Ipotonia

Ipotonia, il video tutorial DELLA FIMP

**PACINI EDITORE MEDICINA**

ilmedicopediatra 2025;34(4):1-2

# Editoriale del Presidente



Antonio D'Avino

Care Colleghe e cari Colleghi, nel momento in cui scrivo queste righe è in dirittura d'arrivo la firma dell'ACN per il triennio 2022-2024 e al momento di ricevere la rivista la firma sarà quasi certamente un fatto compiuto. L'iter che dapprima pareva semplice e lineare è stato in realtà più complesso e tortuoso del previsto. La prima ipotesi prevedeva infatti un ACN snello in pratica riguardante soltanto l'adeguamento economico dei nostri emolumenti, cioè il semplice ristoro economico di emolumenti da troppo tempo non in linea con l'inflazione e l'aumento del costo della vita che hanno drammaticamente ridotto il nostro potere d'acquisto di liberi professionisti sui quali gravano pressoché tutti gli oneri economici per lo svolgimento del proprio lavoro. In realtà, nell'evoluzione delle trattative, la parte pubblica ha voluto porre alcune condizioni che nei fatti preludono alla trattativa per il prossimo triennio, trattativa che dovrebbe iniziare subito dopo la sottoscrizione di questo ACN. Mi riferisco soprattutto alla questione delle case di comunità e della nostra partecipazione alle stesse. A questo punto è doverosa una premessa. Le case di comunità, previste con una distribuzione capillare sul territorio, sono state finanziate con i fondi del PNRR e ciò significa che se non dovessero venire istituite tali fondi dovrebbero essere restituiti. Di qui la necessità per la parte pubblica di fare presto e liberare la strada da tutti gli ostacoli. Ciò premesso, di fronte alla pretesa di introdurre fin d'ora alcuni aspetti normativi sulla nostra partecipazione alle case di comunità, avevamo due strade. La prima, la più semplice, quella di 'ritirarci sull'Aventino' e rifiutare ogni proposta in merito e la seconda, meno semplice, di accettare la sfida e trattare fin da subito. Abbiamo scelto la seconda strada e a ragion veduta. Rimandare la nostra partecipazione a un processo fortemente voluto dalla parte pubblica e che comunque sarebbe stato centrale nelle trattative del prossimo ACN avrebbe significato rinunciare fin da subito a cercare soluzioni favorevoli alla categoria. Chi fa sindacato impara in fretta a non procrastinare la soluzione dei problemi

## Corrispondenza

Antonio D'Avino  
presidente@fimp.pro

**How to cite this article:** D'Avino A. Editoriale del Presidente. Il Medico Pediatra 2025;34(4):1-2.

© 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>



perché meno si decide maggiore è il rischio che decidano gli altri. Al nostro interno c'è stato un ampio dibattito, culminato nel Consiglio Nazionale del 16 dicembre, ma l'opinione di un'ampia maggioranza è stata di andare avanti fino alla conclusione. In cambio di un'adesione formale alle case di comunità e all'obbligo di fornire poche ore all'anno al loro interno, abbiamo ottenuto che la questione venga affrontata negli AIR del prossimo ACN, dando così la possibilità di ulteriori trattative che permettano una migliore gestione del problema, strappando contemporaneamente una retribuzione di 80 euro l'ora per tali attività che resta una base certa ma non così scontata da cui ripartire nelle prossime trattative. Concludo con un'osservazione: restare fermi e non avere il coraggio di cambiare quando tutto cambia ha una sola conseguenza certa, quella di rimanere indietro e rinunciare a essere protagonisti. Auguro un buon anno a tutti voi e alle vostre famiglie, un anno che sia propizio anche alle sorti della pediatria di famiglia. Ce lo meritiamo.

ilmedicopediatra 2025;34(4):3-4

# Editoriale del Direttore



Alessandro Ballestrazzi

Care Colleghe e cari Colleghi, questo è l'ultimo numero del 2025 che in realtà esce con qualche giorno di ritardo per una serie di circostanze fortuite che ci hanno obbligato a rimandare l'uscita. Questo numero contiene un lavoro della dott.ssa Pricci sui risultati preliminari dello screening per la celiachia e il diabete mellito di tipo I previsti dalla legge 130 del 2023. Come sapete, la legge ha introdotto nel nostro Paese lo screening universale per queste due malattie che così di frequente incontriamo nella nostra pratica clinica e che hanno un 'peso' notevolissimo sia sul piano assistenziale che su quello sociale. Si tratta di un primato tutto italiano (l'Italia è il primo paese al mondo ad averlo introdotto) frutto dell'azione della FIMP che attraverso una serie di sinergie con una parte sensibile del mondo politico e il contributo convinto e inestimabile del Ministero della salute ha portato a un risultato che deve renderci orgogliosi *in primis* come pediatri della FIMP e in secondo luogo come medici che operano all'interno di un Sistema Sanitario che pur tra mille difficoltà si propone di andare avanti e operare in condizioni di eccellenza nell'interesse dei cittadini. Questo articolo è corredato e completato da un articolo riguardante la survey sull'argomento svolta da FIMP presso gli iscritti commentata dal Responsabile Nazionale dell'Area vaccini della FIMP. Troverete ancora un articolo opera dei colleghi molisani su un'iniziativa di continuità assistenziale che ha avuto successo sul piano organizzativo e sul piano del gradimento delle famiglie. Il Molise è una regione piccola ma variegata e un esperimento di questo genere può essere un case study, analogamente ad altre esperienze analoghe come lo Scap della Puglia, per l'implementazione di servizi analoghi in altre regioni, cosa che potrebbe essere anzi probabilmente avverrà senz'altro nell'ambito della riforma delle cure primarie già in atto. Completano questo numero un progetto di educazione alla bellezza per le scuole messo in piedi dalla SIME (Società Italiana di Medicina Estetica). Può sembrare un tema non così pressante, ma tutti noi che lavoriamo con gli adolescenti sappiamo perfettamente come idee distorte sul corpo e sui

## Corrispondenza

Alessandro Ballestrazzi  
alessandroballestrazzi@gmail.com

**How to cite this article:** Ballestrazzi A. Editoriale del Direttore. Il Medico Pediatra 2025;34(4):3-4.

© 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>

canoni estetici possano avere conseguenze anche molto severe sull'equilibrio psicofisico dei ragazzi. L'aver pensato a un programma di questo genere (per ore limitato ad alcune scuole) rappresenta a mio avviso un approccio valido al problema e ho ritenuto utile portarne a conoscenza i pediatri. Concludo questo editoriale con un augurio di buon anno a tutti voi e alle vostre famiglie.

ilmedicopediatra 2025;34(4):5-8;  
doi: 10.36179/2611-5212-2025-15

# Dalla Legge 130/2023 al progetto D1CeScreen: verso lo screening nazionale per diabete di tipo 1 e celiachia

Flavia Pricci<sup>1</sup>, Chiara Porfilio<sup>1</sup>, Adalgisa Ilaria Sedile<sup>1</sup>, Marika Villa<sup>2</sup>,  
Olimpia Vincentini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità; <sup>2</sup> Dipartimento Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria, Istituto Superiore di Sanità

## Corrispondenza

Olimpia Vincentini  
olimpia.vincentini@iss.it

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Pricci F, Porfilio C, Sedile AI, et al. Dalla Legge 130/2023 al progetto D1CeScreen: verso lo screening nazionale per diabete di tipo 1 e celiachia. Il Medico Pediatra 2025;34(4):5-8. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2025-15>

© 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>

## Riassunto

Con la Legge 130/2023, l'Italia ha introdotto il primo programma nazionale di screening per diabete di tipo 1 (DT1) e celiachia (MC) in età pediatrica. A supporto, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato nel 2024 lo studio pilota D1CeScreen, volto a valutarne fattibilità, accettabilità e aspetti organizzativi in quattro regioni. Lo studio ha coinvolto oltre 5.000 bambini di 2, 6 e 10 anni, con raccolta di campioni capillari in micro-provetta e DBS per la rilevazione di autoanticorpi specifici per le due malattie autoimmuni e aplotipo genetico DQ2/DQ8. Il progetto ha definito criteri di eleggibilità inclusivi e una procedura di consenso informato centrata sulla chiarezza e sulla fiducia tra Pediatri di Libera Scelta e famiglie. Particolare attenzione è stata rivolta alla gestione e al supporto psicologico dei soggetti positivi, per favorire una consapevolezza del rischio informata ma non allarmistica. Il progetto propedeutico D1CeScreen, valutando fattibilità e accettabilità, pone le basi per l'implementazione dello screening nazionale.

**Parole chiave:** screening, D1CeScreen, diabete di tipo 1, celiachia

## Summary

With Law 130/2023, Italy introduced the first national screening program for type 1 diabetes (T1D) and celiac disease (CD) in the pediatric population. In support of this, the Istituto Superiore di Sanità launched in 2024 the pilot study D1CeScreen, aimed at evaluating its feasibility, acceptability, and organizational aspects in four regions. The study involved over 5,000 children aged 2, 6, and 10 years, with the collection of capillary blood samples in microtubes and DBS for the detection of specific autoantibodies for the two autoimmune diseases and the DQ2/DQ8 genetic haplotype. The project defined inclusive eligibility criteria and an informed consent procedure focused on clarity and trust between Primary Care Pediatricians and families. Particular attention was paid to the management and psychological support of positive subjects, to promote risk awareness that is informed but not alarmistic. The preliminary project D1CeScreen, by assessing feasibility and acceptability, lays the groundwork for the implementation of the national screening.

**Key words:** screening; D1CeScreen; type 1 diabetes; celiac disease



## Introduzione

Con l'entrata in vigore della Legge 130/2023 <sup>1</sup>, l'Italia è stato il primo paese al mondo a istituire un programma nazionale di screening per la diagnosi precoce e la prevenzione delle patologie autoimmuni pediatriche, istituendo il primo programma nazionale di screening per il diabete di tipo 1 (DT1) e la malattia celiaca (MC). Il programma, che sarà attuato su base regionale a partire dal 2025, nasce dalla consapevolezza che la diagnosi precoce di queste due condizioni può ridurre significativamente l'incidenza di esordi acuti, complicanze e ritardi diagnostici, migliorando la qualità di vita dei bambini e delle loro famiglie.

A supporto dell'attuazione della legge, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Ministero della Salute, ha avviato nel 2024 lo studio propedeutico D1CeScreen (*Diabetes type 1 and Celiac disease Screen Study*), un progetto pilota volto a valutarne l'accettabilità, la fattibilità e gli aspetti tecnico-organizzativi in quattro regioni italiane (Lombardia, Marche, Campania e Sardegna).

## Background scientifico

Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che un'opportunità importante per la diagnosi precoce del DT1 è rappresentata dalla misurazione degli auto-anticorpi specifici la cui comparsa precede l'esordio clinico <sup>2</sup>. Sulla base di queste evidenze si è giunti alla definizione di una storia naturale del DT1 che comprende 4 stadi: lo stadio 1, in cui sono presenti 2 o più auto-anticorpi; lo stadio 2, in cui compare la disglycemia; lo stadio 3, che rappresenta la diagnosi clinica di DT1 secondo i criteri internazionali; lo stadio 4 è quello del DT1 stabilizzato <sup>3</sup>.

La celiachia può manifestarsi a qualsiasi età con sintomi variabili, spesso extra intestinali, lievi o assenti, motivo per cui circa il 65% dei casi pediatrici non viene diagnosticato. La diagnosi si basa sulla determinazione degli anticorpi anti-transglutaminasi (anti-TTG) e anti-endomisio (EMA) e la conferma biotica, quando richiesta <sup>4</sup>.

I casi di DT1 e celiachia sono in costante aumento e tali patologie possono coesistere in uno stesso individuo. Infatti, molti studi hanno dimostrato che la celiachia è più frequente nei pazienti con DT1 (5-10%) rispetto a quanto osservato nella popolazione generale (1-2%), probabilmente per la predisposizione genetica in comune <sup>5</sup>.

## Il disegno dello studio D1CeScreen

Lo studio ha previsto l'arruolamento da parte dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) di 4 regioni, Lombardia, Marche, Campania e Sardegna, di 5363 bambini appartenenti a 3 fasce d'età, 2, 6 e 10 anni, corrispondenti ai picchi di sieroconversione del DT1 e della MC come riportato dalla letteratura. Il disegno dello studio ha previsto la raccolta di sangue mediante pungidito in microprovetta per le analisi relative agli auto-anticorpi di DT1 e MC e su cartoncino DBS (Dried Blood Spot) per la valutazione dell'aplotipo DQ2/DQ8, associato alla suscettibilità genetica per la MC. Ogni risultato positivo allo screening è stato gestito dai PLS in collaborazione con i centri clinici specialistici regionali, che hanno fornito informazioni adeguate e accompagnato le famiglie nel percorso di approfondimento diagnostico. La raccolta e l'elaborazione dei dati sono avvenuti su una piattaforma dedicata, con accessi profilati per PLS, centri clinici specialistici, laboratorio di riferimento e ISS, garantendo sicurezza, tracciabilità e qualità dei flussi informativi.

Gli outcomes primari sono stati: la partecipazione/accettabilità dei PLS; il numero degli arruolamenti, la valutazione dei campioni biologici, l'accettabilità dello screening da parte delle famiglie. Obiettivi secondari sono stati: l'individuazione dei soggetti con positività agli anticorpi DT1 e/o alla MC e la presa in carico da parte dei centri clinici per la conferma diagnostica e l'eventuale follow-up dei soggetti positivi.

## Definizione dei criteri di inclusione ed esclusione

La progettazione dello studio D1CeScreen ha posto



particolare attenzione alla definizione dei criteri di inclusione, al fine di garantire una rappresentazione adeguata della popolazione pediatrica italiana e la validità scientifica dei risultati. Sono stati arruolati bambini di età pari a 2, 6 e 10 anni, fasce individuate per intercettare diversi momenti dello sviluppo immunitario e della possibile comparsa di autoanticorpi. I criteri di inclusione hanno compreso l'appartenenza a una delle fasce d'età previste e assistenza pediatrica in una delle regioni coinvolte. Sono esclusi i soggetti già diagnosticati per DT1 o per entrambe le patologie; non costituisce invece criterio di esclusione una precedente diagnosi di sola MC, in quanto l'obiettivo scientifico include anche l'analisi della coesistenza delle due condizioni autoimmuni.

Questa impostazione riflette la volontà di mantenere un approccio inclusivo e non selettivo, favorendo la partecipazione su base volontaria e garantendo l'accesso allo screening in tutte le aree coinvolte. La procedura di arruolamento ha previsto la compilazione di un questionario anamnestico da parte dei genitori e

l'attribuzione al bambino di un codice alfanumerico, che tutela la privacy del minore e consente la gestione sicura dei dati all'interno della piattaforma informatica dell'ISS.

### **Il consenso informato**

Nel contesto di uno screening pediatrico rivolto a bambini sani, il consenso informato assume un valore centrale, non solo come adempimento normativo, ma come espressione di una scelta consapevole da parte della famiglia.

Il progetto D1CeScreen ha definito una procedura che garantisce la piena informazione dei genitori, attraverso il coinvolgimento diretto dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), figure di fiducia che accompagnano la famiglia nella comprensione del percorso.

Ai genitori sono state fornite spiegazioni chiare sugli obiettivi del progetto, sulla natura predittiva dei test, sui limiti dello screening e sulle modalità di gestione dei dati personali. La firma del consenso, unitamente all'informativa privacy, sancisce la partecipazione vo-

lontana e consapevole al progetto, nel rispetto delle linee guida europee sull'etica degli screening di popolazione.

Particolare attenzione è stata rivolta alla comunicazione del rischio: informare che un bambino asintomatico possa presentare anticorpi predittivi di malattia richiede competenze specifiche e sensibilità.

Per questo, i PLS hanno ricevuto una formazione dedicata e materiali informativi, a garanzia di uniformità, trasparenza e comprensibilità del messaggio. Il consenso diviene così parte integrante della relazione di fiducia tra PLS e famiglia, in cui la partecipazione informata è considerata un atto di corresponsabilità sanitaria e sociali.

## Conclusioni

Elementi chiave del progetto propedeutico D1CeScreen sono state la partecipazione consapevole, etica e trasparenza.

Il consenso informato e i criteri di inclusione, sono concepiti come strumenti di tutela e fiducia, fondamentale per un approccio preventivo alle malattie autoimmuni

pediatriche. Il progetto sottolinea la necessità di un linguaggio chiaro e non allarmistico, in grado di promuovere la consapevolezza del rischio senza generare ansia o stigmatizzazione. Unendo, dunque, rigore scientifico e chiarezza comunicativa, D1CeScreen ha voluto fornire le basi per il futuro screening nazionale per DT1 e MC, valutandone accettabilità e fattibilità.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 15 settembre 2023, n. 130. Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica. (23G00140) (GU Serie Generale n.226 del 27-09-2023); 2023 [Internet]. Available from: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/09/27/23G00140/sg>
- <sup>2</sup> Ghalwash M, Dunne JL, Lundgren M, et al. Two-age islet-autoantibody screening for childhood type 1 diabetes: a prospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:589-596. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00141-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00141-3)
- <sup>3</sup> Sims EK, Besser REJ, Dayan C, et al. Screening for type 1 diabetes in the general population: a status report and perspective. *Diabetes* 2022;71:610-623. <https://doi.org/10.2337/dbi20-0054>
- <sup>4</sup> Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, hepatology and nutrition guidelines for diagnosing coeliac disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2020;70:141-156. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002497>
- <sup>5</sup> Eland I, Klieverik L, Mansour AA, et al. Gluten-free diet in co-existent celiac disease and type 1 diabetes mellitus: is it detrimental or beneficial to glycemic control, vascular complications, and quality of life? *Nutrients* 2022;15:199. <https://doi.org/10.3390/nu15010199>

ilmedicopediatra 2025;34(4):9-19;  
doi: 10.36179/2611-5212-2025-16

# Il ruolo del pediatra di famiglia nella prevenzione del VRS: risultato di una survey

Martino Barretta

Responsabile Rete Vaccini FIMP

## Riassunto

L'Autore espone brevemente il razionale dell'immunizzazione passiva con anticorpi monoclonali per il VRS e i risultati di una survey sul tema condotta da FIMP presso i pediatri.

**Parole chiave:** virus respiratorio sinciziale (VRS), immunizzazione passiva, anticorpi monoclonali

## Summary

The Author exposes the rationale of passive immunisation with monoclonal antibodies for RSV and the results of a survey on the subject conducted by FIMP on the pediatricians.

**Key words:** respiratory syncytial virus (RSV), passive immunization, monoclonal antibodies

## Corrispondenza

Martino Barretta

[martino.barretta@gmail.com](mailto:martino.barretta@gmail.com)

## Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Barretta M. Il ruolo del pediatra di famiglia nella prevenzione del VRS: risultato di una survey. Il Medico Pediatra 2025;34(4):9-19. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2025-16>

© 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>

## Premessa

L'introduzione dell'immunizzazione passiva con anticorpi monoclonali (nirsevimab) per la prevenzione dell'infezione da virus respiratorio sinciziale ha segnato un significativo passo avanti nella prevenzione della più temibile complicanza di tale infezione, la bronchiolite.

L'anticorpo monoclonale è un anticorpo IgG1 diretto contro il sito antigenico Ø della proteina F, una proteina di fusione più stabile della proteina G. Il legame con l'anticorpo neutralizza l'azione di fusione della proteina F, bloccando così la replicazione virale (Fig. 1).

L'immunizzazione passiva del bambino si ottiene con la somministrazione diretta dell'anticorpo monoclonale (nirsevimab) o con la vaccinazione durante la gravidanza contro la proteina pre-F del virus respiratorio sinciziale (RSVpre-F); la vaccinazione materna determina il passaggio transplacentare degli anticorpi (Fig. 2).

FIGURA 1.

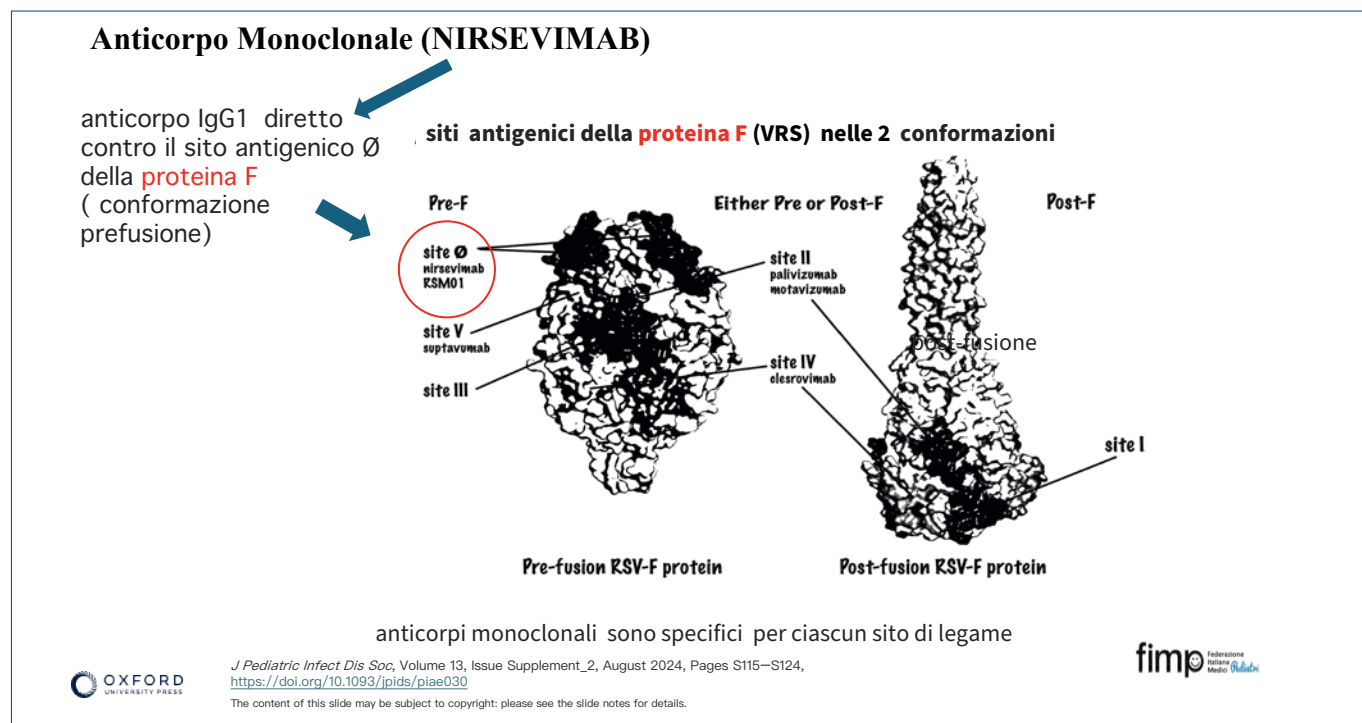


FIGURA 2.

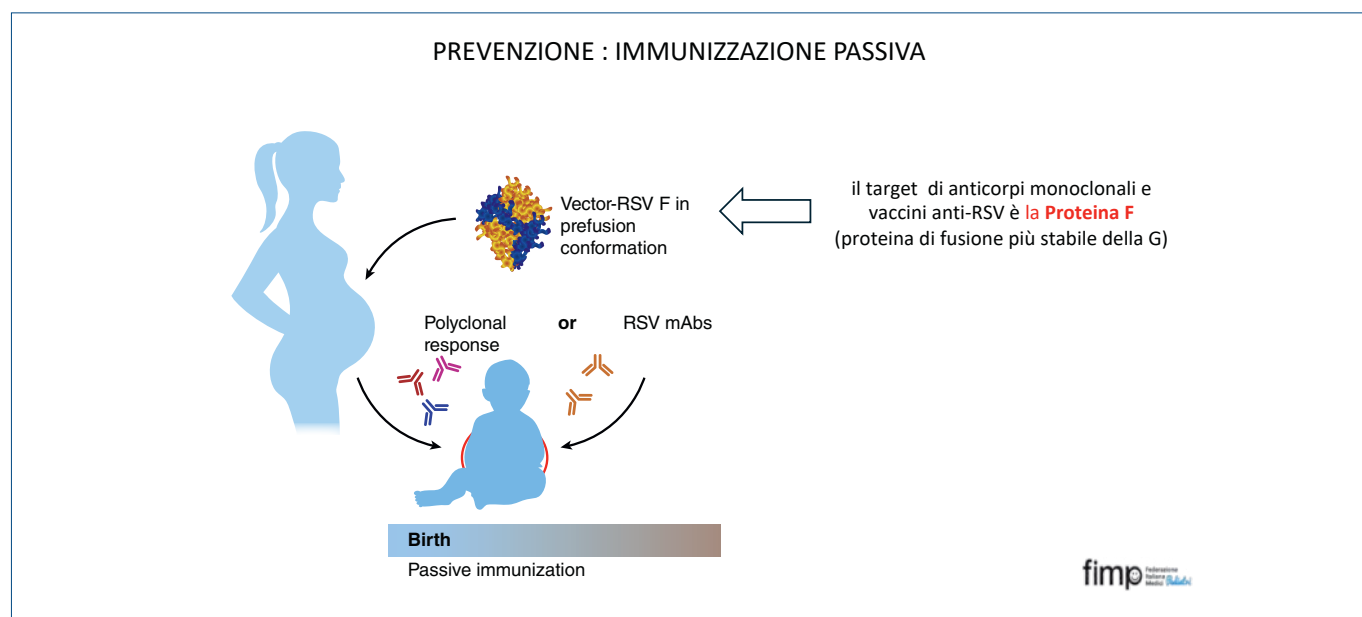
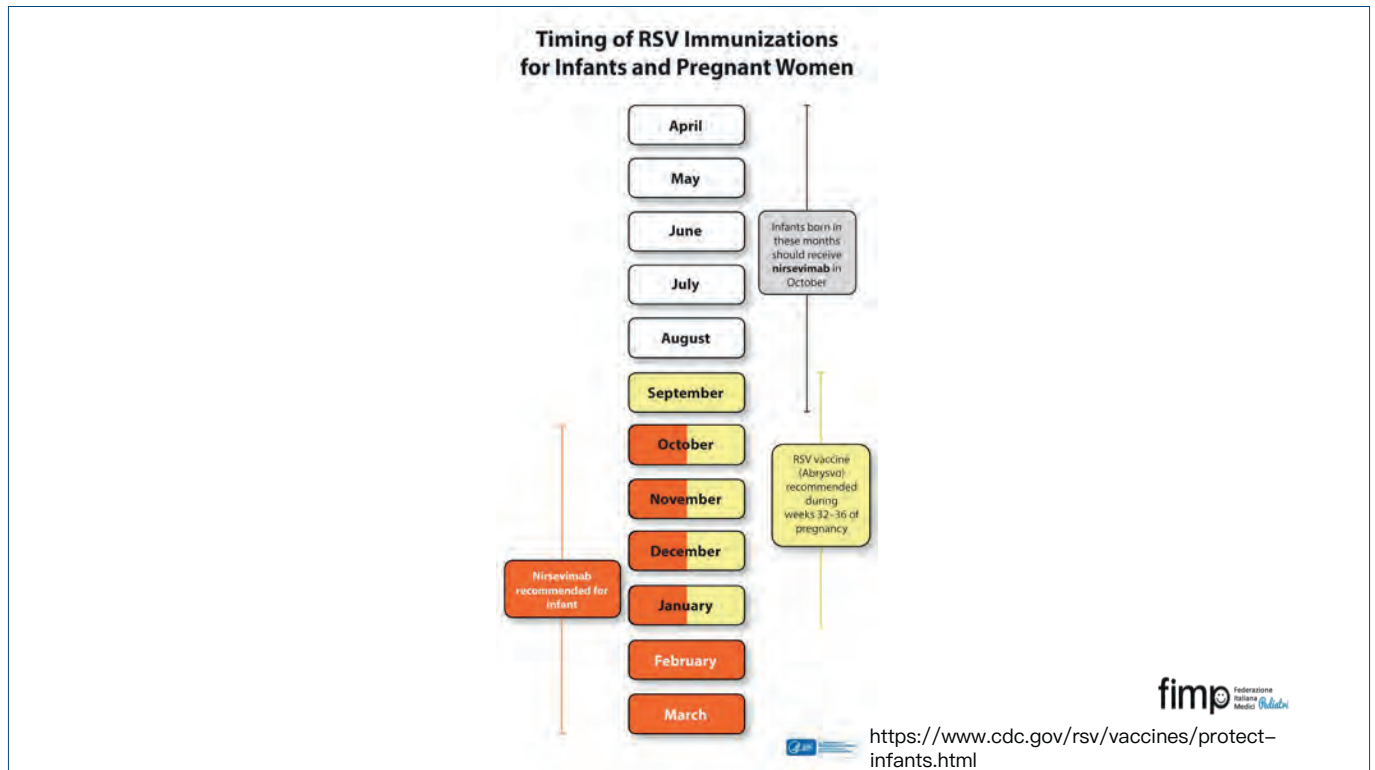




FIGURA 3.



Nella Figura 3 è evidenziato il timing di somministrazione del nirsevimab.

L'esperienza straniera evidenzia l'efficacia del nirsevimab nella prevenzione dell'infezione da VRS (vedi Box 1).

### La survey

Scopo della survey era valutare opinioni e attitudini dei pediatri di famiglia nei confronti della prevenzione dell'infezione da VRS mediante anticorpi monoclonali. Nella Figura 4 è evidenziato il numero di pediatri partecipanti in relazione alla regione di residenza.

Nella Figura 5 è evidenziato il giudizio sulla gravità dell'infezione da VRS. Come si può vedere, la grande maggioranza dei pediatri considera tale infezione come malattia grave.

La grande maggioranza dei pediatri era a conoscenza della disponibilità nel nostro Paese di misure preventive contro il VRS (Fig. 6). Questo dato conferma l'elevato

livello di consapevolezza della gravità dell'infezione da VRS e la necessità di adottare, quando possibile, le misure preventive disponibili. In particolare, la grande maggioranza dei partecipanti era a conoscenza della possibilità di immunizzazione tramite anticorpi monoclonali (nirsevimab) (Fig. 7).

Allo stesso modo, la grande maggioranza dei pediatri intervistati ha sottolineato l'utilità dell'immunizzazione universale (Fig. 8) e dell'immunizzazione materna (Fig. 9).

Anche l'elevata percentuale di pediatri che hanno effettuato l'immunizzazione nel proprio studio evidenzia la consapevolezza del problema (Fig. 10)

Nella Figura 11 sono evidenziate regione per regione le differenti modalità di adesione alla campagna di immunizzazione, modalità che riflettono differenti organizzazioni regionali.

Le principali difficoltà incontrate dai pediatri che hanno aderito alla campagna di immunizzazione sono

### Box 1. Efficacia di nirsevimab nella prevenzione delle infezioni da RSV nei neonati in Spagna (2023–2024) in un setting di cure primarie, anche nei lattanti immunizzati fuori stagione che non richiedono ricovero in ospedale

#### Contesto:

Campagna di immunizzazione nazionale rivolta a **tutti i neonati nati dopo il 1° aprile 2023**.

#### Somministrazione:

- nati dopo il **1° ottobre** → nirsevimab **alla nascita in ospedale**;
- nati tra **aprile e settembre** → **programma di recupero**.

#### Disegno dello studio:

Rete di centri di assistenza primaria;

Inclusi tutti i neonati con **LRTI (Lower Respiratory Tract Infection)** testati con **PCR per RSV**;

Analisi basata su un **approccio "test-negativo"** per stimare l'efficacia del nirsevimab.

#### Campione:

**160** neonati totali;

**141 (88%)** hanno ricevuto nirsevimab;

**128** appartenevano al gruppo di recupero (di cui l'**88%** immunizzati).

#### Risultati principali:

**RSV rilevato:** 44 neonati (**27,5%**).

Nel gruppo di recupero: 37 casi (**28,9%**).

#### Efficacia complessiva:

**75,8%** (ICr 95%: 40,4-92,7).

#### Efficacia nel gruppo di recupero:

**80,2%** (ICr 95%: 44,3-95,4).

#### Conclusioni:

**Nirsevimab** si è dimostrato **altamente efficace** nel prevenire le LRTI da RSV nei neonati seguiti in ambulatorio;

Il **programma di recupero** ha consentito di **ridurre significativamente il carico di malattia** nelle cure primarie;

I risultati supportano l'inclusione del **nirsevimab nei programmi di immunizzazione universale** dei neonati.

schematizzate nella Figura 12, mentre lo stesso dato scorporato per regione è mostrato nelle Figure 13 e 14.

Come per altri interventi preventivi (ad esempio le vaccinazioni), le principali barriere alla campagna di immunizzazione sono state la preoccupazione delle famiglie circa la sicurezza dell'intervento e anche la scarsa informazione delle famiglie sulle caratteristiche dell'intervento proposto (Fig. 15).

Nella Figura 16 sono evidenziate le misure per migliorare le conoscenze e quindi le misure necessarie per migliorare l'adesione delle famiglie alla campagna. La prevalenza della chiamata attiva e del materiale da esporre/proporre nel proprio studio sottolinea ancora una volta l'importanza attribuita alla conoscenza della famiglia da parte del pediatra e del rapporto di fiducia.

## Conclusioni

Punti essenziali evidenziati dalla survey sono:

- **riconoscimento della gravità della malattia**;
- buona conoscenza dei nuovi anticorpi monoclonali;
- sì all'immunizzazione universale;
- disponibilità a essere parte attiva nella somministrazione;
- le barriere nella adesione non sono insormontabili;
- **difficoltà di approvvigionamento**;
- **interesse alla formazione**.

## Bibliografia di riferimento

López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Mira-Iglesias A, et al. Nirsevimab effectiveness against severe respiratory syncytial virus infection in the primary care setting. *Pediatrics* 2025;155:E2024066393. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-066393>

*J Pediatric Infect Dis Soc* 2024;13(Suppl. 2):S115-S124. <https://doi.org/10.1093/jpids/piae030>

The content of this slide may be subject to copyright: please see the slide notes for details.

<https://www.cdc.gov/rsv/vaccines/protect-infants.html>

*Pediatrics* 2025;155.

FIGURA 4.

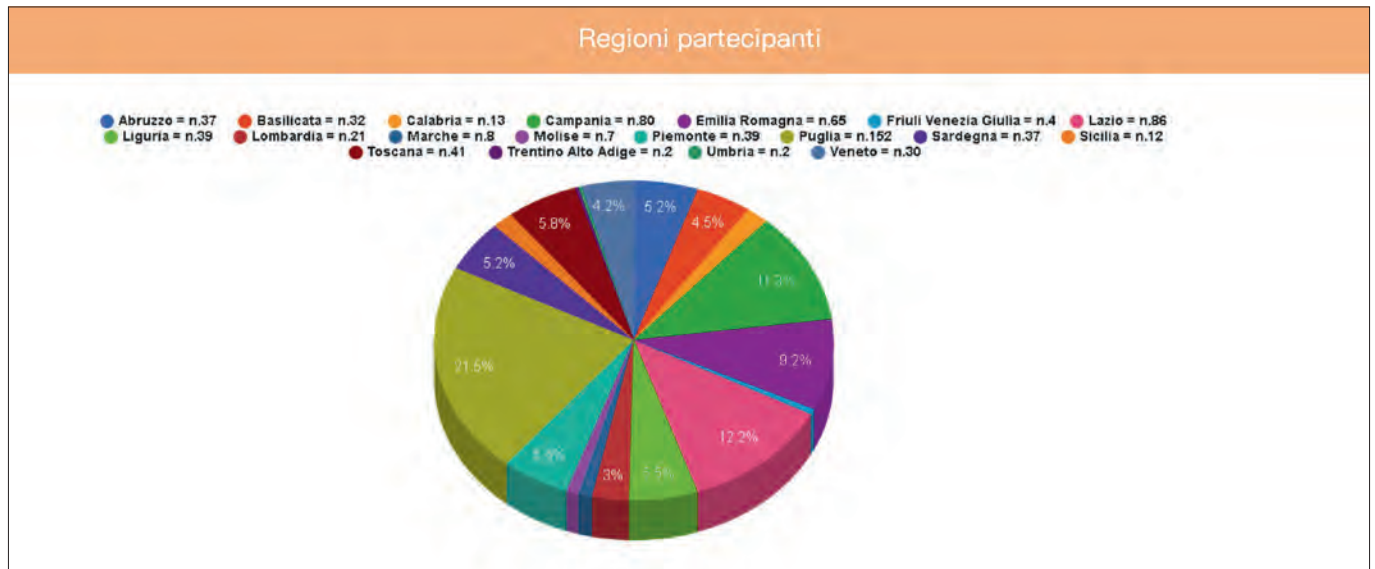


FIGURA 5.

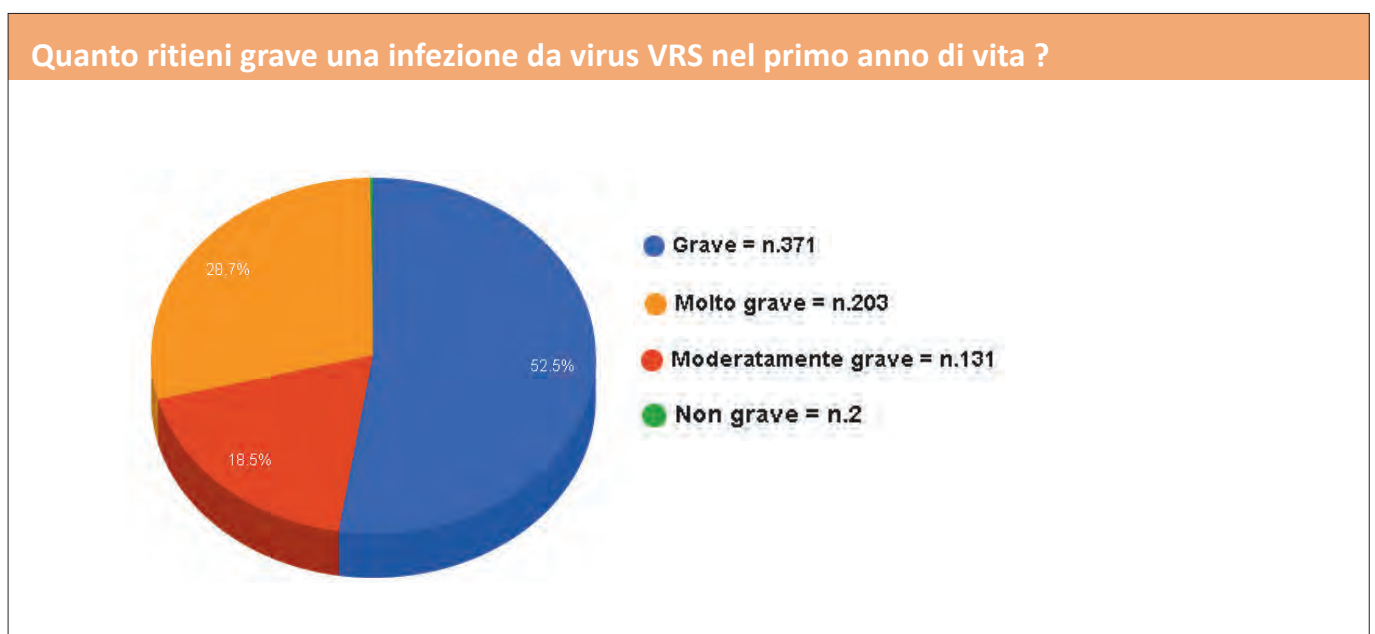


FIGURA 6.

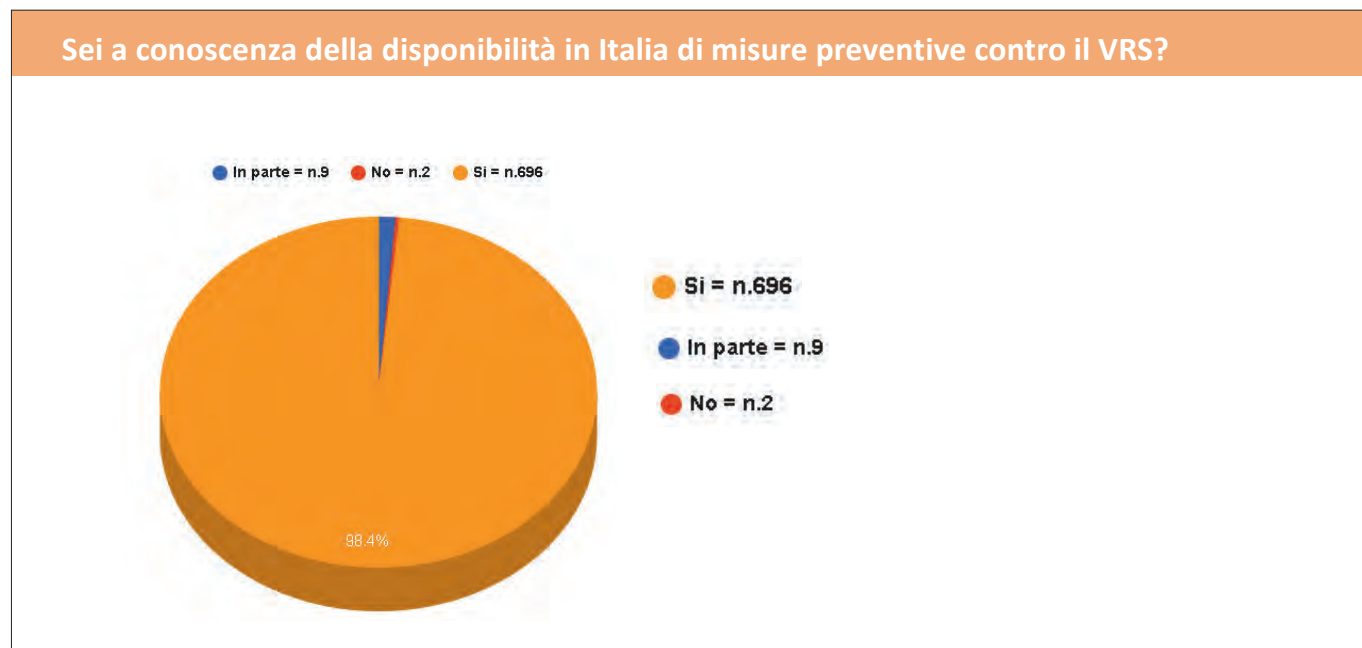


FIGURA 7.

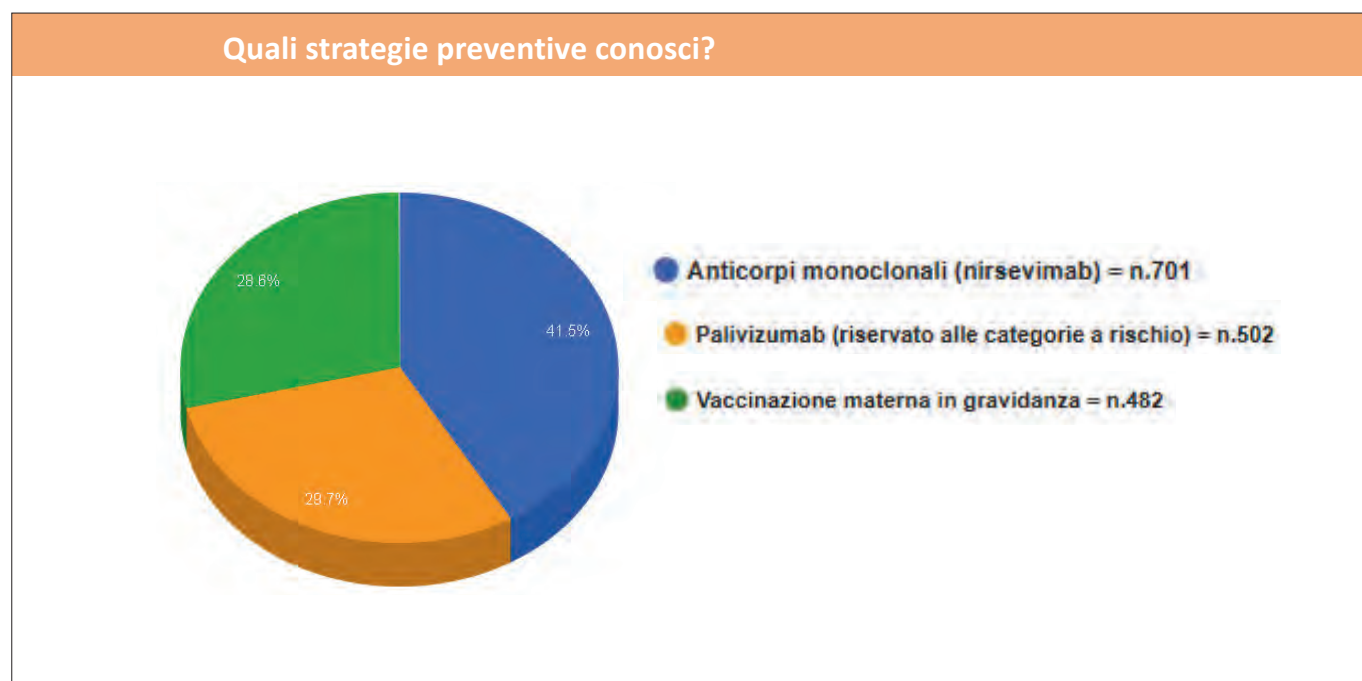


FIGURA 8.

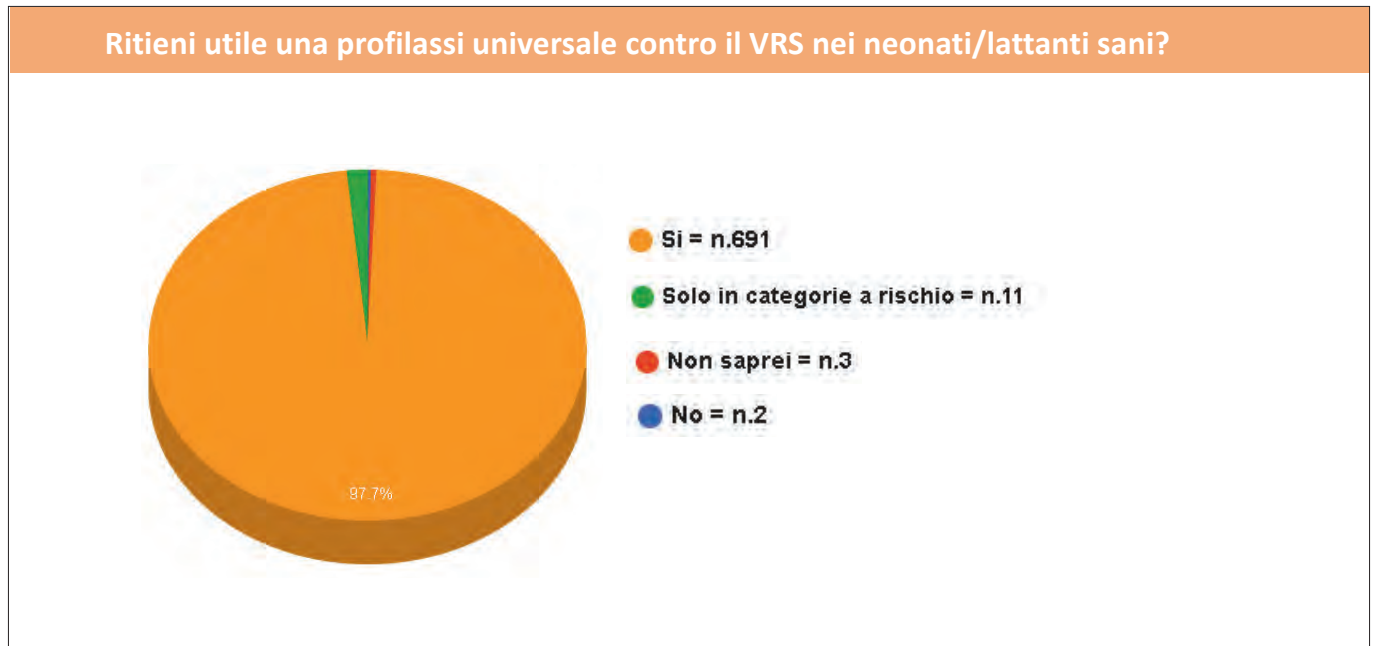


FIGURA 9.

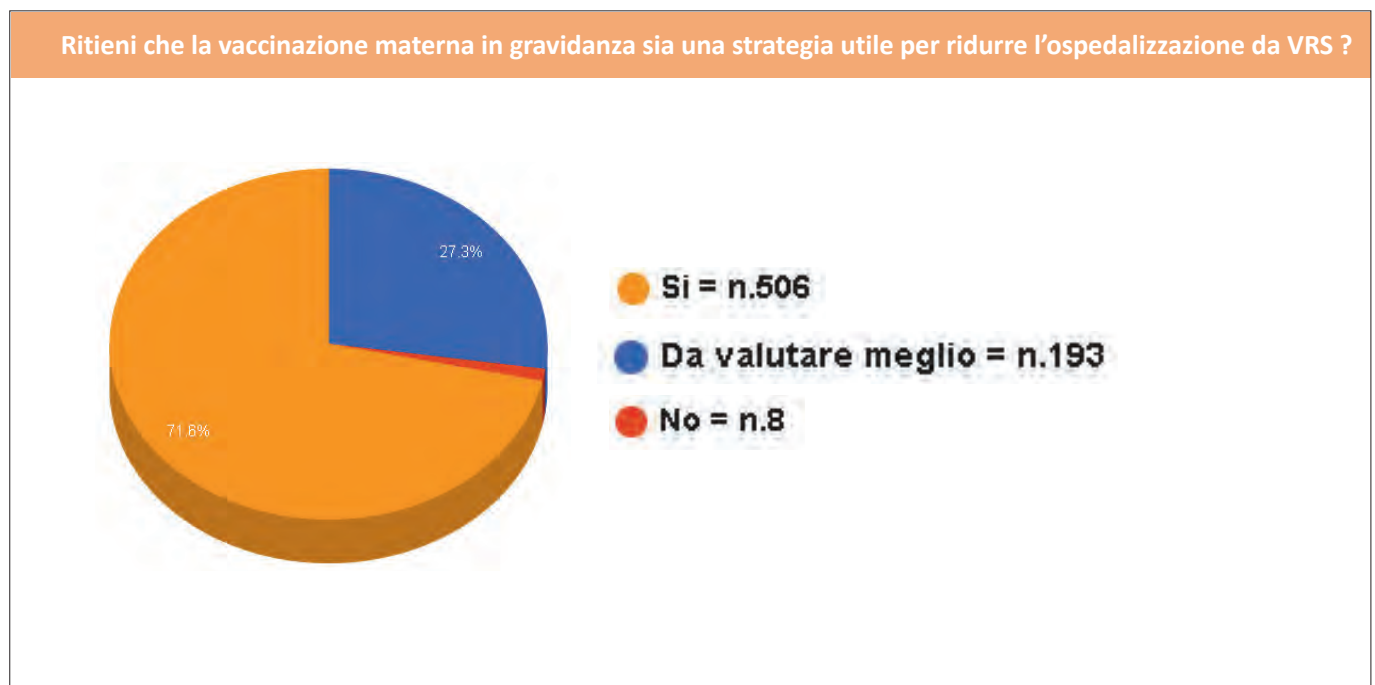




FIGURA 10.

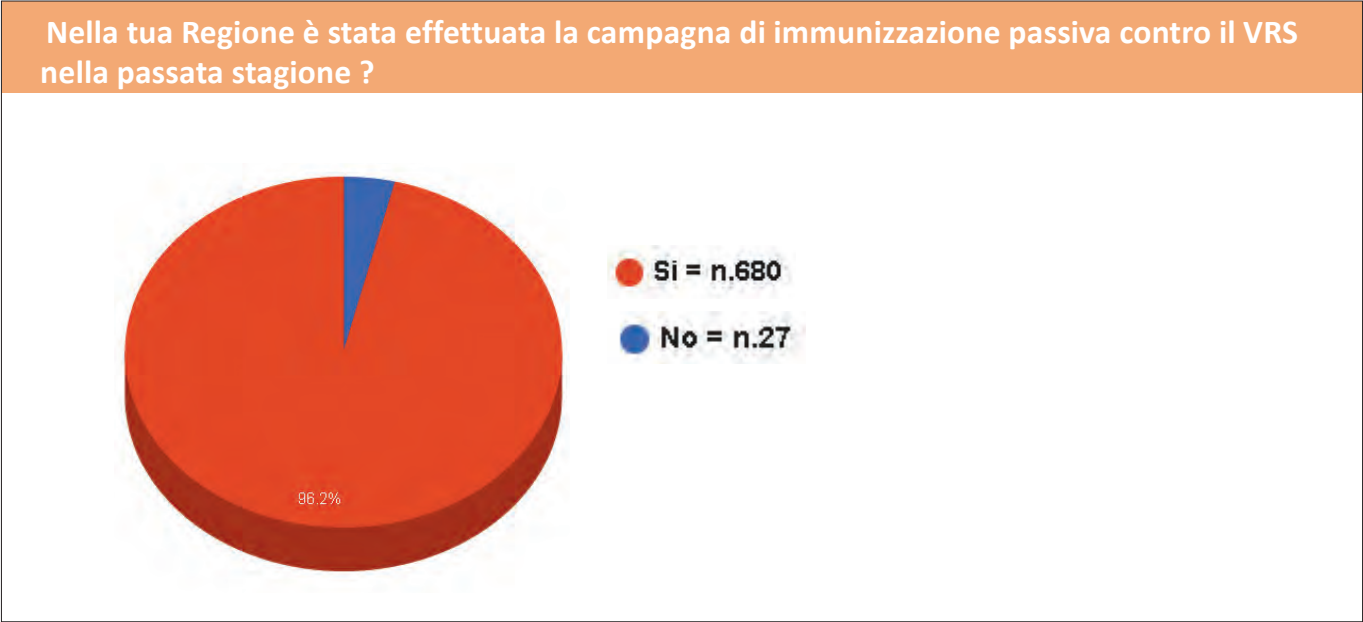


FIGURA 11.

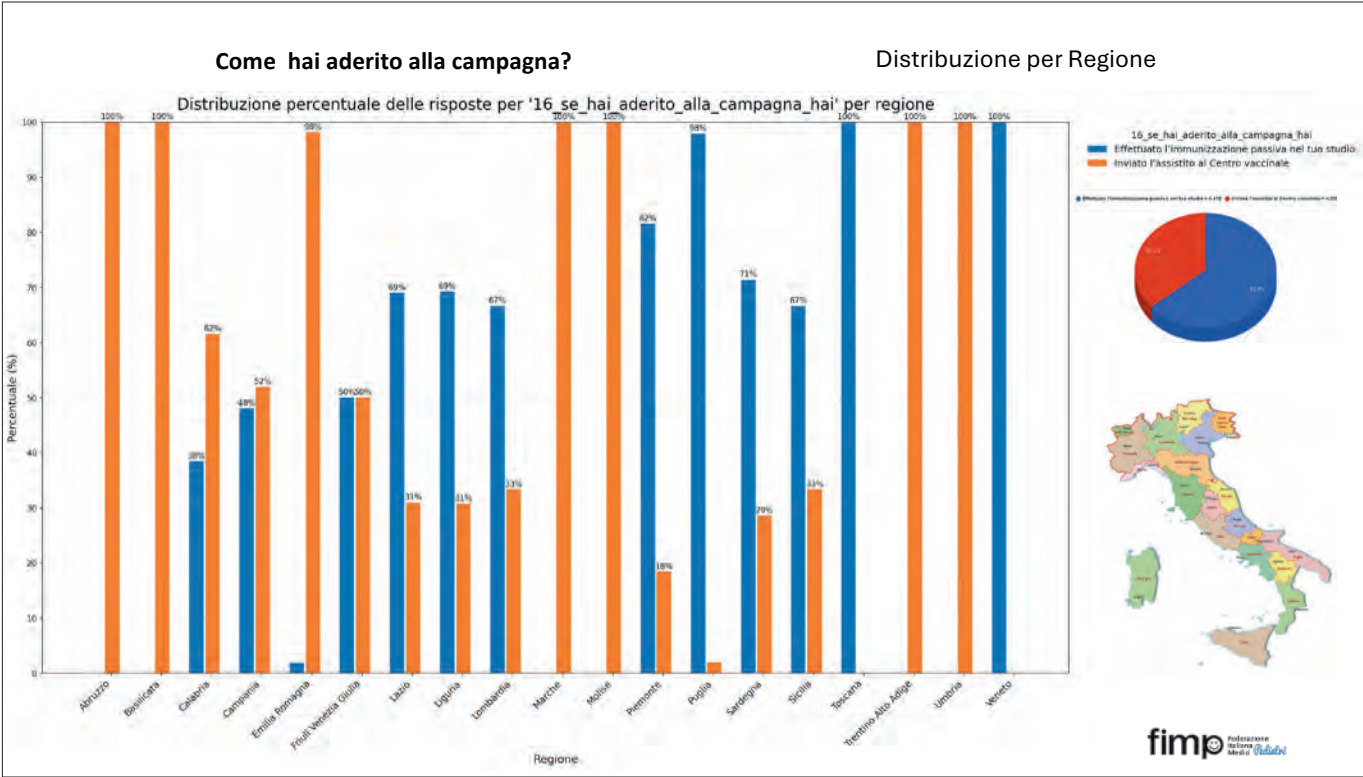


FIGURA 12.

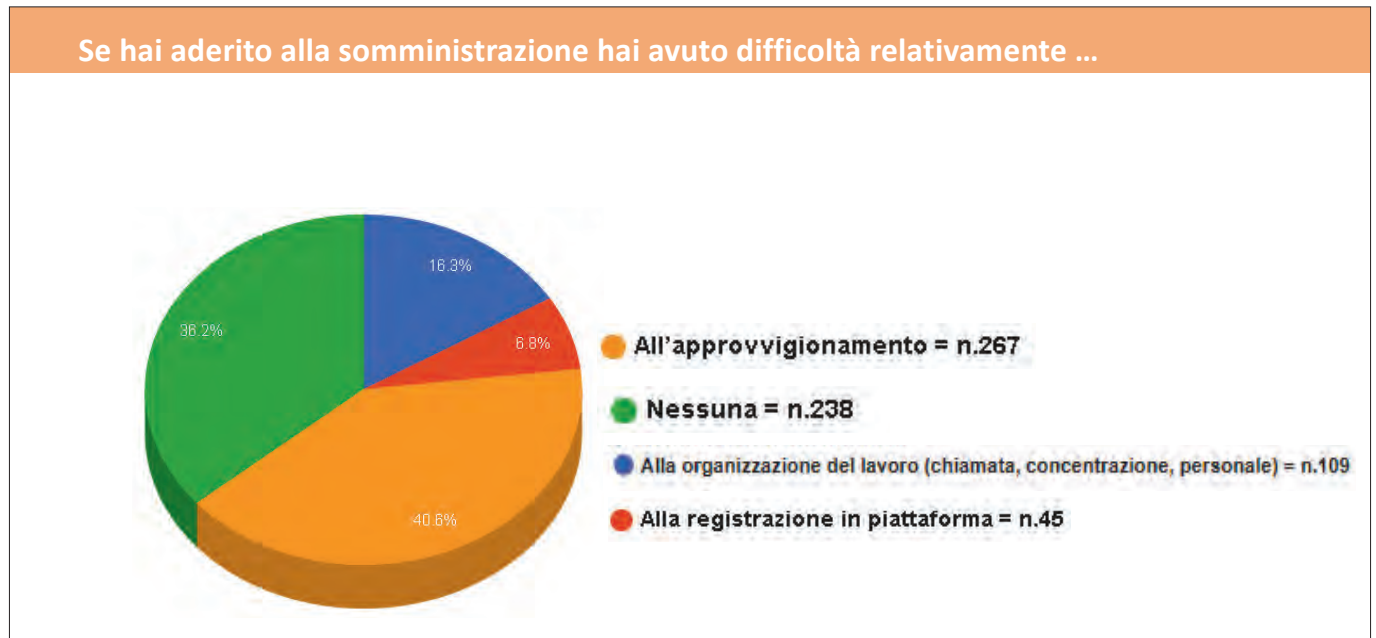


FIGURA 13.

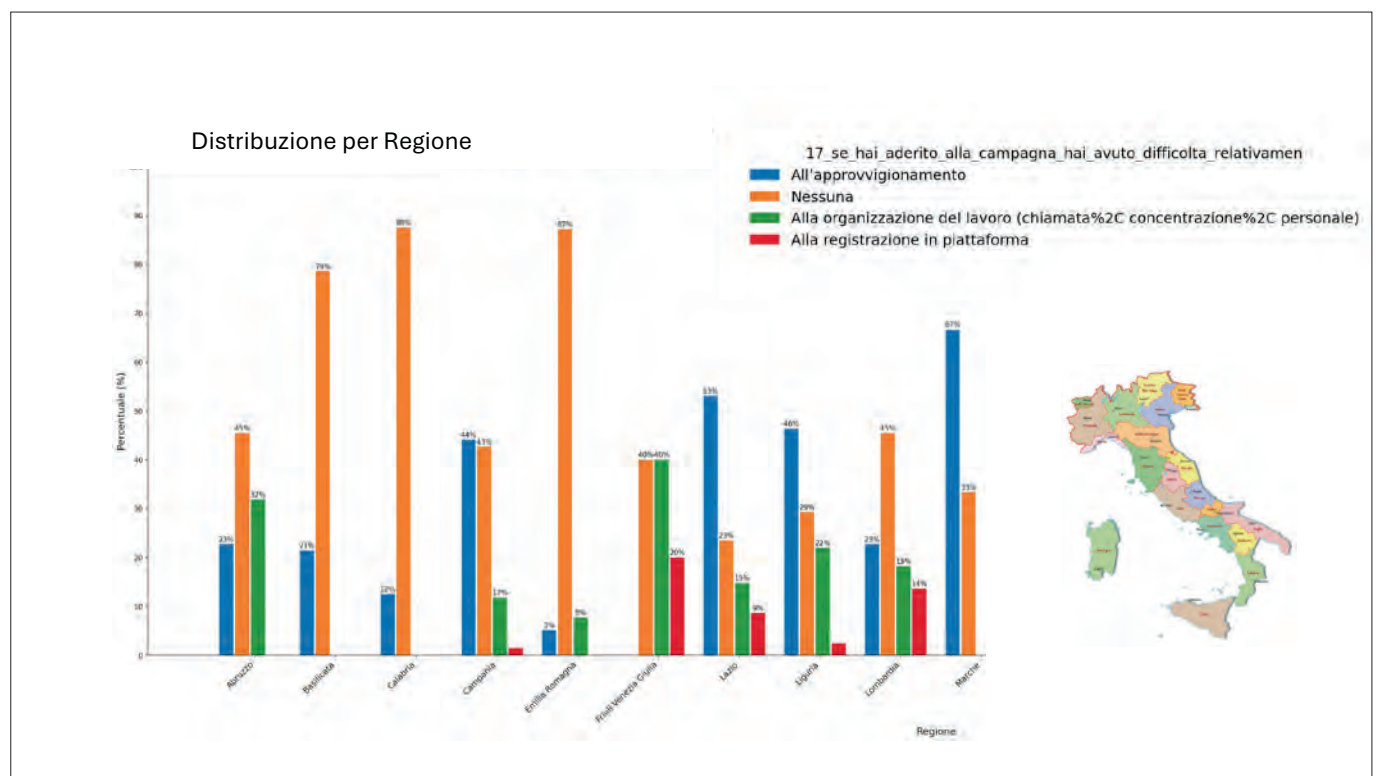


FIGURA 14.

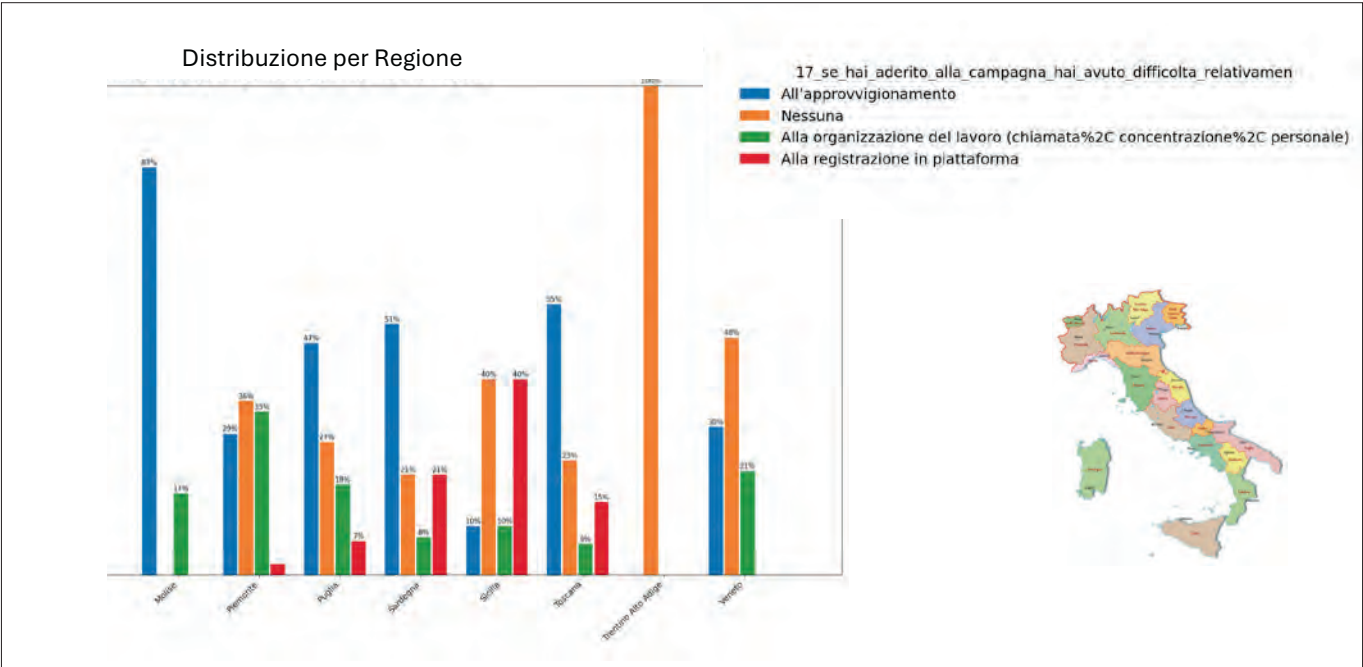


FIGURA 15.

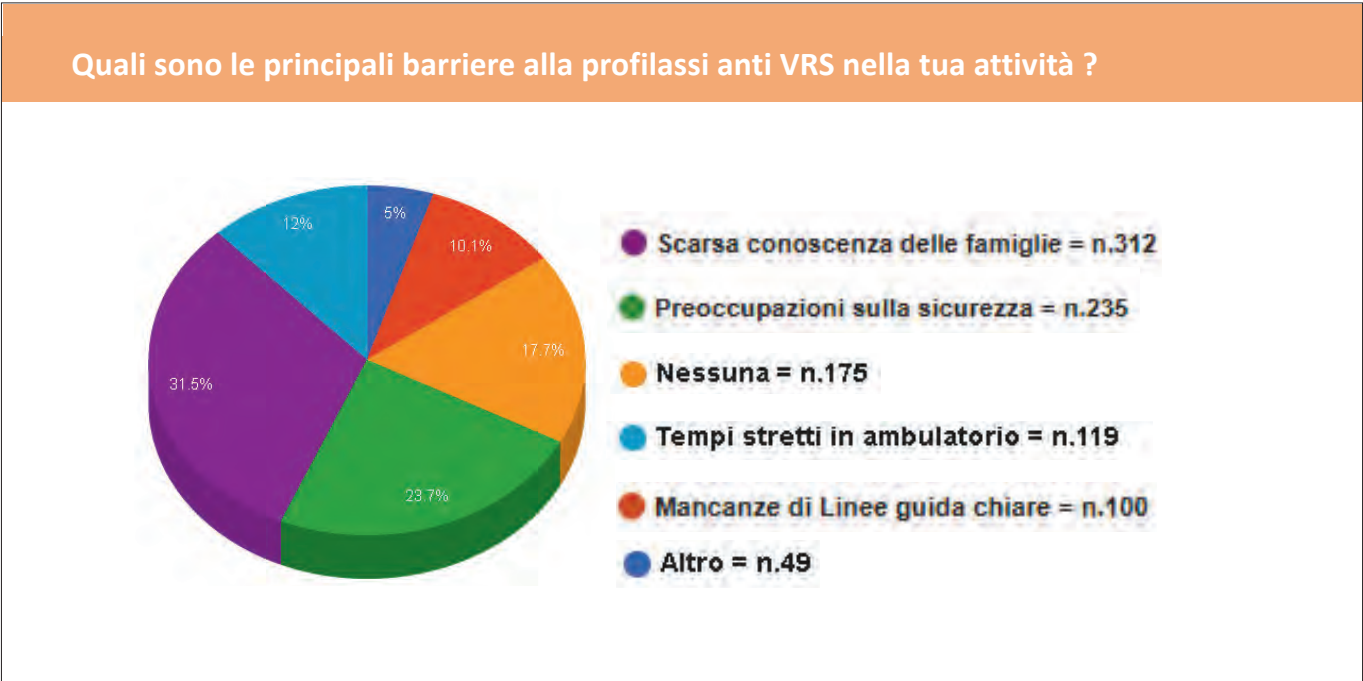


FIGURA 16.



ilmedicopediatra 2025;34(4):20-28;  
doi: 10.36179/2611-5212-2025-17

# Guardia Medica Pediatria in Molise: utilità e gradimento delle famiglie

E. Napoleone, G. Bontempo, A. Carrino, R. Centracchio, N. Colarocchio, C. D'Apollonio, A. Dall'Olio, E. Di Blasio, M.G. Gallo, L. Golinelli, A. Ionata, F. Lombardi, I. Marinelli, P. Petrella, C. Pinti, A. Sorella, M. Stivaletta, M. Tartaglione, V. Tutolo, M.V. Vigliardi, D. Meffe

*Pediatri di Famiglia Fimp Molise*

## Riassunto

Negli ultimi anni la continuità assistenziale pediatrica ha assunto un ruolo sempre più centrale nella tutela della salute dei bambini, soprattutto nelle fasce orarie e nei giorni in cui i servizi territoriali ordinari non sono attivi. In questo contesto, in Molise è stato avviato un servizio sperimentale di **Guardia Medica Pediatrica** gestito dai **pediatri di famiglia**, attivo nei giorni **prefestivi e festivi**.

**Parole chiave:** continuità assistenziale pediatrica, guardia medica pediatrica, pediatri di famiglia, assistenza territoriale, Molise

## Summary

*In recent years, pediatric continuity of care has taken on an increasingly central role in safeguarding children's health, especially during time slots and days when ordinary local healthcare services are not available. In this context, an experimental Pediatric Out-of-Hours Medical Service has been launched in the Molise region, managed by family pediatricians and operating on pre-holiday and holiday days.*

**Key words:** pediatric continuity of care, pediatric on-call service, family pediatricians, territorial health care, Molise

## Corrispondenza

Gruppo Pediatri di Famiglia Fimp Molise

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Napoleone E, Bontempo G, Carrino A, et al. Guardia Medica Pediatrica in Molise: utilità e gradimento delle famiglie. Il Medico Pediatra 2025;34(4):20-28. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2025-17>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

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

## Introduzione

La disponibilità di un servizio dedicato di **Guardia Medica Pediatrica** nei giorni **prefestivi e festivi** rappresenta un presidio fondamentale per la tutela della salute dei bambini e per il sostegno alle loro famiglie. Proprio in queste fasce orarie, quando gli studi dei pediatri di libera scelta sono chiusi e l'accesso ai servizi territoriali ordinari è limitato, i genitori vivono spesso situazioni di incertezza e preoccupazione di fronte ai problemi di



salute dei figli. Garantire la presenza di pediatri qualificati anche nei momenti tradizionalmente scoperti del calendario significa offrire una risposta **tempestiva, competente e di continuità**, riducendo il ricorso improprio ai Pronto Soccorso e assicurando un'assistenza più mirata e umana.

L'esperienza attuata in Molise si distingue per la sua **originalità** e per il carattere fortemente **innovativo**: affidare la continuità assistenziale direttamente ai **pediatri di famiglia** permette di valorizzare una figura professionale che conosce profondamente il contesto, le patologie ricorrenti e, spesso, anche la storia clinica del bambino. Questo modello garantisce un livello di qualità superiore, perché costruito su una relazione di fiducia già esistente e su competenze pediatriche specifiche, superando gli approcci più generici della guardia medica tradizionale.

L'iniziativa rappresenta quindi un passo avanti nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale pediatrica, capace di coniugare **professionalità, prossimità, umanizzazione e innovazione organizzativa**. Le valutazioni delle famiglie mostrano quanto un simile servizio sia non solo utile, ma anche profondamente atteso e riconosciuto come un elemento di valore per la comunità.

Per comprendere il grado di efficacia e accoglimento di tale modello, è stata avviata una valutazione sistematica attraverso **questionari di gradimento** rivolti alle famiglie che hanno usufruito del servizio nei primi tre mesi di attività.

### Obiettivi dell'indagine

La rilevazione tramite questionari era finalizzata a raccogliere dati utili per analizzare la qualità del servizio, l'esperienza delle famiglie e le potenzialità di miglioramento.

Gli obiettivi strategici possono essere suddivisi in quattro macro-aree.

#### Valutare la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione

Nell'assistenza pediatrica la dimensione relazionale riveste un ruolo tanto importante quanto quella clinica.

Il questionario mirava quindi a indagare:

- l'accoglienza ricevuta al momento dell'arrivo;
- la capacità del pediatra di ascoltare con attenzione e sensibilità;
- la chiarezza delle spiegazioni fornite riguardo diagnosi, terapie e comportamenti da adottare a domicilio;
- la rassicurazione e l'empatia trasmesse durante l'incontro.

Indagare questi aspetti consente di comprendere la qualità delle interazioni tra professionisti e famiglie, fondamentali per garantire un'assistenza efficace e centrata sul bambino.

#### Raccogliere informazioni sull'accessibilità del servizio

L'accessibilità rappresenta uno degli aspetti più sensibili in un servizio attivo proprio nei giorni in cui l'offerta sanitaria è ridotta. L'indagine mirava quindi a valutare:

- la facilità di accesso alla sede e la sua ubicazione sul territorio;
- la comodità degli spazi;
- la chiarezza delle informazioni relative agli orari e alle modalità di accesso;
- la durata delle attese e la loro percezione da parte delle famiglie.

Dati di questo tipo consentono di comprendere se le modalità organizzative siano adeguate e se esistano margini per rendere l'accesso ancora più agevole.

#### Identificare criticità e raccogliere suggerimenti di miglioramento

Uno degli obiettivi più importanti della rilevazione era di tipo propositivo. Il questionario permetteva di:

- evidenziare eventuali difficoltà incontrate dalle famiglie;
- evidenziare eventuali punti deboli nella gestione delle sedi, degli orari o delle procedure;
- raccogliere suggerimenti direttamente dagli utenti per migliorare il servizio;
- individuare possibili ampliamenti futuri dell'offerta assistenziale.

Questa componente partecipativa rappresenta un valore aggiunto, poiché consente alle famiglie di contribuire al perfezionamento del modello organizzativo.

## Metodologia

Per valutare la qualità e l'impatto del servizio di Guardia Medica Pediatrica attivo nei giorni prefestivi e festivi in Molise, è stata condotta un'indagine strutturata tramite questionario di gradimento rivolto alle famiglie che hanno usufruito della prestazione. L'indagine si è svolta nel periodo **settembre – novembre 2025**, coinvolgendo le quattro sedi operative attivate nel territorio regionale: **Agnone, Campobasso, Termoli e Isernia**. La combinazione di risposte quantitative (risposte chiuse) e qualitative (risposte aperte) ha permesso di ottenere una visione articolata dell'esperienza delle famiglie e del funzionamento del servizio.

## Contenuti del questionario

La prima sezione del questionario era dedicata alla raccolta di informazioni generali sull'utente e sull'esperienza pregressa con il servizio. Sono state poste le seguenti domande introduttive:

- "Avete già usufruito del servizio?"
- "Quante volte?"
- "Quanti figli sono attualmente assistiti dal Pediatra di famiglia?"
- "Sapete che il servizio è stato già attivato nel 2018 e successivamente chiuso?"

La seconda parte del questionario era invece dedicata alla valutazione vera e propria del servizio attraverso una serie di indicatori chiave, ciascuno dei quali misurato tramite scala di valori da 1 a 10:

- "Che valore date all'utilità del servizio?"
- "Che valore date alla professionalità del pediatra?"
- "Che valore date alla cortesia del pediatra?"

- "Che valore date al locale adibito al servizio?"
- "Che valore date agli strumenti e ai servizi igienici?"
- "Che valore date alla finalità del servizio?"

Il questionario è stato somministrato **al termine della prestazione**, in forma **anonima**, mediante **modulo cartaceo** consegnato in sede. Il **tasso di risposta è risultato elevato** in tutte e quattro le sedi, confermando un interesse marcato da parte delle famiglie verso il nuovo servizio di continuità assistenziale pediatrica; una forte disponibilità a esprimere opinioni e suggerimenti; la percezione di un valore concreto e immediato legato alla sua presenza nei giorni prefestivi e festivi; e l'elevato livello di adesione ha permesso di raccogliere un campione robusto e rappresentativo, utile per una valutazione affidabile e per una pianificazione futura basata su dati reali.

## Risultati

Nel periodo compreso tra settembre e novembre 2025 sono stati complessivamente somministrati **289 questionari** nelle quattro sedi operative della Guardia Medica Pediatrica prefestiva e festiva della Regione Molise. La distribuzione dei questionari raccolti per ciascuna sede mostra una buona rappresentatività territoriale e un coinvolgimento omogeneo dell'utenza (Fig. 1).

## Distribuzione dei questionari per sede

Campobasso: 95 questionari

(pari al 33%)

Termoli: 74 questionari

(pari al 26%)

Isernia: 83 questionari

(pari al 29%)

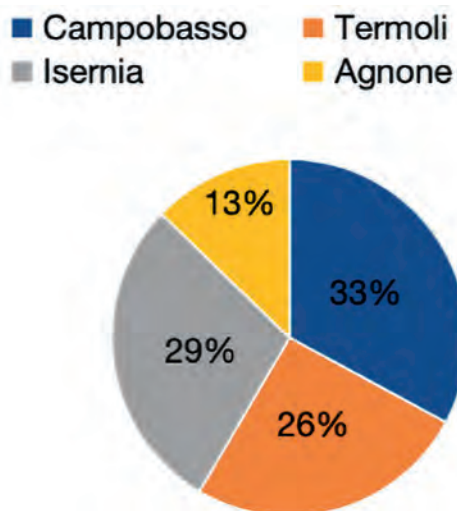
Agnone: 37 questionari

(pari al 13%)

La sede di Campobasso risulta quella con il maggior numero di risposte, verosimilmente in relazione alla più ampia popolazione di riferimento, seguita da Isernia e Termoli. La sede di Agnone, pur rappresentando la percentuale più contenuta, ha comunque fornito un contributo significativo in relazione al bacino d'utenza

FIGURA 1.

Percentuale questionari nelle 4 sedi.



locale. La numerosità complessiva dei questionari consente di considerare l'indagine **statisticamente significativa**, con una copertura adeguata sull'intero territorio coinvolto.

#### Domanda n. 1 – “Avete già usufruito di questo servizio?”

Alla prima domanda, finalizzata a verificare la familiarità delle famiglie con la Guardia Medica Pediatrica e il grado di utilizzo pregresso del servizio, è emerso un dato molto significativo: la maggior parte degli intervistati aveva già avuto almeno un contatto precedente con la prestazione (Figg. 2-3). Il risultato evidenzia che **oltre otto famiglie su dieci** avevano già utilizzato il servizio almeno una volta prima della compilazione del questionario. Questo è indicativo di: **alta fidelizzazione** dell'utenza; **percezione positiva** del servizio tale da portare le famiglie a tornare quando necessario; e **domanda assistenziale effettiva e stabile**, specialmente nei giorni prefestivi e festivi, quando la presenza del pediatra rappresenta un riferimento importante. La percentuale del 14% di utenti alla prima esperienza conferma comunque una **continua capacità attrattiva** del servizio e l'ingresso progressivo di nuove famiglie nel bacino di utenza.

#### Domanda n. 2 – “Quante volte avete usufruito di questo servizio?”

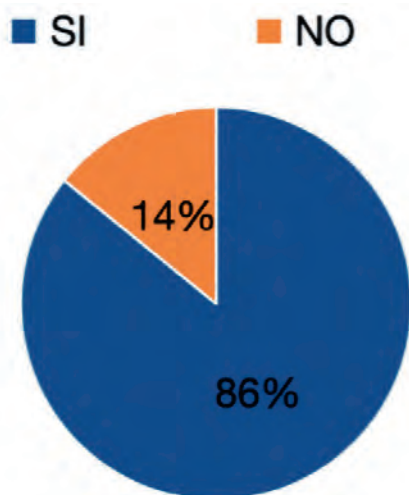
Questa domanda mirava a valutare la frequenza di utilizzo del servizio di Guardia Medica Pediatrica, al fine di comprendere il livello di continuità, fiducia e ricorsività dell'utenza (Fig. 4). I dati mostrano una distribuzione equilibrata tra famiglie che hanno utilizzato il servizio occasionalmente e famiglie che lo hanno utilizzato più volte. In particolare: **il 53%** delle famiglie (somma dei gruppi “3 volte” e “> 3 volte”) ha usufruito del servizio **tre o più volte**, evidenziando una forte tendenza alla **continuità d'uso**; l'elevata percentuale del gruppo **> 3 volte (29%)** conferma la presenza di un nucleo consistente di utenti che considerano il servizio un **punto di riferimento stabile** nei giorni prefestivi e festivi; e il 28% che lo ha utilizzato una sola volta include sia utenti alla prima esperienza, sia famiglie che hanno avuto un singolo episodio di necessità nell'arco del periodo considerato. Nel complesso, l'analisi della frequenza di utilizzo evidenzia un servizio **ampiamente utilizzato, percepito come affidabile e capace di rispondere ripetutamente ai bisogni delle famiglie**.

#### Domanda n. 3 – “Quanti figli sono assistiti dal Pediatra di famiglia?”

Questa domanda aveva l'obiettivo di comprendere la composizione dei nuclei familiari e il potenziale bacino di utenza pediatrica assistito dal servizio (Fig. 5). L'analisi evidenzia che **quasi la totalità delle famiglie** ha uno o due figli, confermando una struttura familiare tipica del territorio. Il gruppo **1 figlio (49%)** rappresenta la maggioranza, indicando un utilizzo concentrato su nuclei familiari relativamente piccoli; il gruppo **2 figli (43%)** mostra che una parte consistente delle famiglie utilizza il servizio per più bambini, aumentando l'impatto complessivo del servizio per nucleo familiare; solo l'8% delle famiglie ha tre figli e meno dell'1% ne ha più di tre, evidenziando che i nuclei numerosi sono marginali nel campione. Questi dati confermano la necessità di un servizio **flessibile e in grado di gestire più bambini per nucleo familiare**, senza sovraccaricare le risorse disponibili nelle sedi operative.

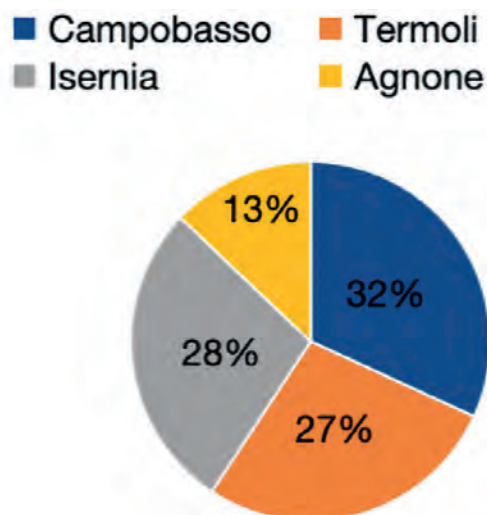
**FIGURA 2.**

Percentuale di quanti hanno usufruito del servizio.



**FIGURA 3.**

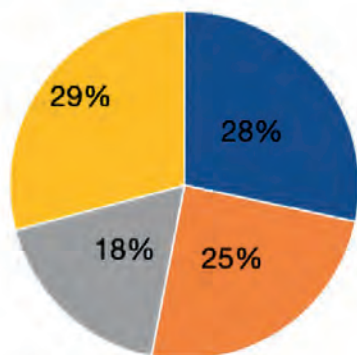
Percentuali nelle 4 sedi.



**FIGURA 4.**

Percentuali di utilizzazione del servizio.

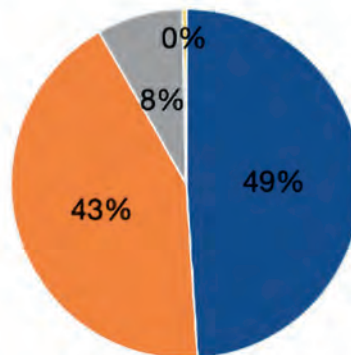
■ 1 volta ■ 2 volte ■ 3 volte ■ > 3 volte



**FIGURA 5.**

Percentuali numero figli.

■ 1 figlio ■ 2 figli ■ 3 figli ■ > 3 figli



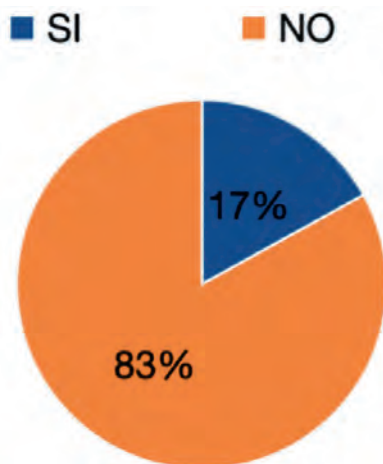
**Domanda n. 4 – “Sapete che questo servizio era stato già progettato e finanziato a giugno 2018, ma dopo 6 mesi è stato chiuso?”**

Questa domanda era finalizzata a valutare il livello di **conoscenza storica** del servizio tra le famiglie e a comprendere quanto l’utenza fosse consapevole della sua precedente attivazione e successiva chiusura (Fig. 6).

I dati indicano che la **stragrande maggioranza delle famiglie (83%) non era a conoscenza** del fatto che il servizio era stato precedentemente attivato nel 2018 e poi chiuso. Solo il 17% degli utenti era consapevole della precedente esperienza, segnalando una **scarsa memoria o diffusione delle informazioni storiche** sul servizio. Questo risultato evidenzia l’importanza di **strategie di comunicazione e informazione** mirate per

**FIGURA 6.**

Percentuali di conoscenza del servizio nel 2018.



aumentare la conoscenza pubblica del servizio e valorizzarne la continuità e la rilevanza storica. In generale, l'utenza si mostra più concentrata sull'esperienza attuale e sull'utilità concreta del servizio piuttosto che sulla sua storia passata, sottolineando la necessità di promuovere **la consapevolezza e il riconoscimento dell'iniziativa**.

#### Domanda n. 5 – “Se ne avete già usufruito, che valore date all'utilità del servizio?”

Questa domanda mirava a valutare la percezione diretta delle famiglie sull'**utilità del servizio**, intesa come supporto concreto nella gestione della salute dei bambini nei giorni prefestivi e festivi. I dati mostrano una valutazione **estrema positiva dell'utilità del servizio** da parte delle famiglie e la **stragrande maggioranza (90%)** ha attribuito il massimo punteggio (10), confermando che il servizio è percepito come **fondamentale e indispensabile** nei giorni prefestivi e festivi. Solo una minima parte degli utenti ha espresso punteggi leggermente inferiori (8-9), mentre praticamente nessuno ha assegnato un punteggio basso, indicando una **soddisfazione pressoché unanime**. Questi risultati confermano che il servizio non solo soddisfa le esigenze cliniche, ma risponde in maniera efficace anche ai bisogni di sicurezza e sup-

porto delle famiglie, consolidando la sua funzione di continuità assistenziale pediatrica.

#### Analisi per sede

In tutte e quattro le sedi si evidenzia un'**altissima soddisfazione** sull'utilità del servizio, con punteggi medi vicini al massimo (10). Le sedi di **Campobasso, Termoli e Isernia** mostrano una concentrazione quasi totale sulle valutazioni di massimo valore, segno di una forte percezione positiva e di un servizio ben apprezzato. La sede di **Agnone**, pur con qualche variazione maggiore nelle valutazioni, conferma comunque un giudizio largamente positivo, sottolineando l'efficacia del servizio anche in un contesto territoriale più ridotto. Questi dati rafforzano l'idea che la continuità assistenziale pediatrica prefestiva e festiva rappresenta un elemento di **rilevante valore percepito** in tutto il territorio regionale del Molise.

#### Domanda n. 6 – “Se ne avete già usufruito, che valore date alla professionalità del Pediatra?”

Questa domanda aveva lo scopo di valutare la percezione della **competenza e preparazione professionale** dei pediatri che hanno erogato il servizio durante i giorni prefestivi e festivi (Fig. 7). I dati mostrano una valutazione **molto elevata** della professionalità dei pediatri da parte delle famiglie: la **stragrande maggioranza (88%)** ha assegnato il massimo punteggio (10), evidenziando un'**altissima fiducia** nella competenza dei medici. Solo una piccola parte degli intervistati ha espresso punteggi inferiori a 9, ma comunque sempre piuttosto alti (6-9), senza alcun voto particolarmente basso. Questo risultato indica un livello di **soddisfazione quasi unanime** sulla preparazione, l'accuratezza e la sicurezza trasmesse durante la visita pediatrica. In sintesi, la professionalità del personale medico rappresenta uno dei punti di forza più marcati e riconosciuti del servizio.

#### Analisi per singola sede: valore attribuito alla professionalità del Pediatra (punteggio da 6 a 10)

La professionalità del pediatra è valutata molto positivamente in tutte le sedi. **Campobasso** mostra la più ampia



variabilità, ma comunque con un'ampia maggioranza di punteggi massimi. **Termoli e Isernia** si distinguono per un apprezzamento quasi unanime con punteggi alti o massimi. Anche la sede di **Agnone**, pur con qualche variazione, conferma un alto grado di soddisfazione.

**Domanda n. 7 – “Se ne avete già usufruito, che valore date alla cortesia del Pediatra?”**

Questa domanda intendeva valutare il livello di gentilezza, disponibilità e capacità di relazione umana del pediatra durante la visita. I dati mostrano una valutazione **estremamente positiva** della cortesia del pediatra. La quasi totalità degli intervistati (91%) ha assegnato il punteggio massimo (10), sottolineando un livello di cortesia percepito come eccellente. Solo una piccola parte ha dato punteggi leggermente inferiori (8 e 9), ma comunque molto elevati. Questi risultati evidenziano come la componente umana e relazionale rappresenti un punto di forza cruciale nel rapporto tra famiglie e pediatri.

**Analisi per singola sede: valore attribuito alla cortesia del Pediatra (punteggio da 8 a 10)**

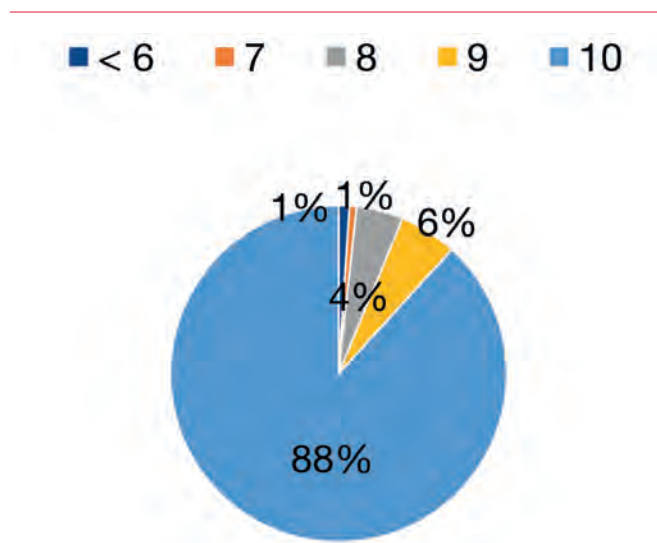
In tutte le sedi si registra un livello di soddisfazione **altissimo** riguardo alla cortesia dei pediatri. **Termoli e Isernia** evidenziano una valutazione praticamente unanime con punteggio 10. Anche le sedi di **Campobasso e Agnone** mostrano valutazioni molto positive, senza punteggi bassi. Questi risultati confermano la cortesia come uno degli aspetti più apprezzati del servizio di Guardia Medica Pediatrica in Molise.

**Domanda n. 8 – “Se ne avete già usufruito, che valore date al locale adibito al servizio?”**

La maggior parte delle famiglie esprime una valutazione positiva sul locale, con la maggioranza dei punteggi concentrata tra 8 e 10. La maggior parte degli intervistati ha attribuito un punteggio pari o superiore a 8, evidenziando un buon livello di soddisfazione. Solo una minima parte assegna punteggi più bassi (6 o 7), segnalando qualche possibile margine di miglioramento riguardo a comfort, accessibilità o funzionalità degli spazi. Nel complesso, il locale è percepito come ade-

**FIGURA 7.**

Percentuali totali sulla professionalità del pediatra.



guato alle esigenze del servizio, anche se potrebbe beneficiare di interventi di ottimizzazione.

**Analisi per singola sede: valore attribuito al locale adibito al servizio (punteggio da 6 a 10)**

In tutte le sedi il locale adibito al servizio è valutato positivamente, con un'alta concentrazione di punteggi tra 8 e 10. Campobasso risulta la sede con la valutazione più favorevole e meno varia. Termoli, Isernia e Agnone mostrano valutazioni positive ma con una maggiore dispersione, indicando aree potenziali di miglioramento per gli spazi e le strutture. Questi dati suggeriscono che, sebbene i locali siano generalmente adeguati, interventi mirati di ottimizzazione potrebbero ulteriormente migliorare la soddisfazione degli utenti.

**Domanda n. 9 – “Se ne avete già usufruito, che valore date agli strumenti e ai servizi igienici?”**

I dati mostrano una valutazione complessivamente positiva degli strumenti e dei servizi igienici, con una buona quota di punteggi molto alti. La maggioranza degli utenti ha attribuito un punteggio tra 8 e 10, segnalando un livello di soddisfazione elevato sulla funzionalità e pulizia. Tuttavia, sono presenti alcune risposte con

punteggi bassi (< 6 e 7), che indicano la presenza di alcune criticità o aree di miglioramento percepite da una parte degli utenti. Complessivamente, il servizio sembra dotato di strumenti e servizi igienici adeguati, anche se non completamente uniformi in tutte le sedi.

#### **Analisi per singola sede: valore attribuito agli strumenti e ai servizi igienici (punteggio < 6 a 10)**

Gli strumenti e i servizi igienici sono valutati positivamente nella maggior parte dei casi, soprattutto nelle sedi di Campobasso e Isernia. Termoli e Agnone mostrano una maggiore variabilità nelle risposte, con qualche punteggio più basso, indicando spazi di miglioramento. L'attenzione a questi aspetti è fondamentale per garantire un ambiente adeguato e confortevole per le famiglie e i bambini.

#### **Domanda n. 11 – “Anche se non avete usufruito del servizio, che valore date nel complesso alla sua finalità?”**

La **stragrande maggioranza degli intervistati (91%)** attribuisce il punteggio massimo, riconoscendo pienamente la finalità e l'importanza del servizio anche senza averlo utilizzato direttamente. Solo una minima parte assegna punteggi leggermente inferiori (8 o 9), confermando un apprezzamento diffuso. Questo dato indica che il servizio è percepito come **strategico, utile e necessario** per la continuità assistenziale pediatrica nei giorni prefestivi e festivi, rafforzando il suo valore sociale e sanitario nel territorio molisano.

#### **Analisi per singola sede: valore attribuito alla finalità complessiva del servizio (scala 6-10).**

In tutte le sedi la finalità del servizio è percepita come estremamente rilevante. **Campobasso, Termoli e Isernia** mostrano una concentrazione quasi totale di punteggi massimi, mentre **Agnone** evidenzia una leggera maggiore dispersione. Complessivamente, i dati confermano che il servizio di Guardia Medica Pediatrica nei giorni prefestivi e festivi è ritenuto **strategico e molto apprezzato** dalle famiglie del Molise.

## **Discussione**

L'indagine condotta tra settembre e novembre 2025

### **Misurare la soddisfazione complessiva delle famiglie**

L'indagine puntava innanzitutto a comprendere quanto il servizio rispondesse alle aspettative dell'utenza. L'obiettivo era raccogliere un giudizio chiaro sull'esperienza globale, includendo:

1. livello di soddisfazione generale;
2. percezione di utilità e adeguatezza del servizio;
3. sensazione di sicurezza e fiducia trasmessa dal pediatra;
4. confronto implicito con altre forme di assistenza (ad esempio Pronto Soccorso o guardia medica non pediatrica).

Valutare la soddisfazione complessiva è determinante per misurare l'impatto reale del servizio sulla qualità dell'assistenza e sul benessere percepito dalle famiglie.

su 289 famiglie utenti del servizio di Guardia Medica Pediatrica nei giorni prefestivi e festivi nelle sedi di Campobasso, Termoli, Isernia e Agnone ha fornito risultati altamente positivi, confermando l'importanza strategica di questo servizio per la continuità assistenziale pediatrica nel territorio molisano.

### **Elevata soddisfazione complessiva**

Le famiglie hanno espresso un giudizio estremamente favorevole sull'utilità del servizio, con il 90% dei questionari che attribuisce il punteggio massimo (10). Questo risultato sottolinea quanto il servizio sia percepito come necessario e prezioso, soprattutto nei giorni in cui gli ambulatori pediatrici tradizionali non sono disponibili. La finalità del servizio è stata riconosciuta come fondamentale, anche da chi non ne ha usufruito direttamente, confermando la consapevolezza diffusa del valore sociale e sanitario della Guardia Medica Pediatrica.

### **Professionalità e cortesia dei pediatri**

Un punto di forza consolidato emerso dai questionari riguarda la professionalità e la cortesia dei pediatri. L'88-91% delle famiglie ha assegnato punteggi massimi in questi ambiti, evidenziando non solo competenza tecnica, ma anche capacità relazionale e attenzione alle esigenze dei bambini e dei genitori. La qualità della relazione medico-genitore si conferma un elemento centrale per la percezione positiva del servizio.

## Qualità delle strutture e degli strumenti

Le valutazioni relative ai locali, agli strumenti e ai servizi igienici sono state generalmente positive, con punteggi elevati in tutte le sedi, ma hanno mostrato una maggiore variabilità rispetto agli altri aspetti. Alcune sedi, in particolare Isernia e Agnone, hanno registrato punteggi più bassi, suggerendo margini di miglioramento in termini di comfort, funzionalità degli spazi e manutenzione degli strumenti. Questo dato evidenzia l'importanza di investire in strutture adeguate e uniformi per garantire un'esperienza omogenea a tutte le famiglie.

## Coinvolgimento e continuità del servizio

L'indagine ha evidenziato un alto livello di partecipazione e frequenza nell'utilizzo del servizio, con il 86% degli utenti che vi ha già fatto ricorso e quasi il 30% che lo ha utilizzato più di tre volte. Questo dato conferma che il servizio risponde a esigenze reali e concrete, rafforzando la continuità assistenziale pediatrica nei periodi in cui l'accesso ai servizi ordinari è limitato.

## Comunicazione e conoscenza storica

Solo il 17% delle famiglie era a conoscenza della precedente attivazione del servizio nel 2018, poi chiuso dopo sei mesi. Questo dato sottolinea la necessità di migliorare la comunicazione verso le famiglie, per valorizzare la continuità e la storia del servizio, rafforzandone la percezione di affidabilità e stabilità.

## Analisi per sede

- **Campobasso:** punteggi molto alti per professionalità e cortesia; qualche margine di miglioramento su strumenti e locali.
- **Termoli:** soddisfazione quasi unanime per professionalità e cortesia, locali leggermente variabili.
- **Isernia:** eccellenza nella relazione medico-genitore, ma maggiore variabilità nelle strutture fisiche e negli strumenti.
- **Agnone:** punteggi generalmente positivi, ma più dispersivi in tutti gli aspetti tranne professionalità e cortesia, suggerendo interventi mirati di miglioramento.

## Sintesi dei vantaggi

- Riconoscimento diffuso dell'utilità e della rilevanza del servizio;
- Alto livello di soddisfazione per professionalità e cortesia dei pediatri;
- Buona percezione generale dei locali e degli strumenti, con margini di ottimizzazione;
- Continuità assistenziale rafforzata nei giorni prefestivi e festivi.

## Sintesi delle criticità

- Variabilità nella qualità dei locali e degli strumenti, con alcune sedi che necessitano di interventi mirati;
- Scarsa conoscenza della storia e continuità del servizio;
- Piccole differenze nella percezione della professionalità in alcune sedi più grandi.

## Conclusioni

L'indagine conferma che il servizio di Guardia Medica Pediatrica nei giorni prefestivi e festivi in Molise rappresenta un elemento di eccellenza per la continuità assistenziale pediatrica, con un elevato grado di soddisfazione da parte delle famiglie. Le principali criticità riguardano aspetti logistici e comunicativi, facilmente affrontabili con interventi mirati. Investire nella qualità delle strutture, negli strumenti e nella comunicazione rafforzerebbe ulteriormente la percezione positiva e la fruibilità del servizio, consolidandone il ruolo strategico nella sanità territoriale pediatrica.

Inoltre, questo studio, condotto in una Regione piccola ma caratterizzata da un'ampia varietà di ambienti e situazioni socio-demografiche, rappresenta un quadro adeguato dei problemi e dei punti di forza per qualsiasi progetto di continuità assistenziale in ambito pediatrico, tanto più rilevante quanto più con i recenti sviluppi contrattuali i PLS saranno chiamati, anche se con modalità tutte da definire, a cambiare il proprio modo di lavorare in tal senso.

ilmedicopediatra 2025;34(4):29-32;  
doi: 10.36179/2611-5212-2025-18

# Laboratorio di Bellezza. SIME porta la bellezza nelle scuole: un laboratorio per educare i giovani a un nuovo sguardo su sé stessi e sul mondo

Annarosa Capizzone<sup>1</sup>, Emanuele Bartoletti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Segretario Generale Società Italiana di Medicina Estetica, <sup>2</sup> Presidente Società Italiana di Medicina Estetica

## Corrispondenza

Annarosa Capizzone  
E-mail: rkatiza@gmail.com

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Capizzone A, Bartoletti E. Laboratorio di Bellezza. SIME porta la bellezza nelle scuole: un laboratorio per educare i giovani a un nuovo sguardo su sé stessi e sul mondo. Il Medico Pediatra 2025;34(4):29-32. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2025-18>

© 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>

Nel 2024 la Società Italiana di Medicina Estetica (SIME) ha dato vita a un progetto educativo innovativo dal titolo Laboratorio di Bellezza, rivolto agli studenti delle scuole medie e superiori della Calabria. Una vera e propria “reazione chimica educativa”, che parte da un messaggio controcorrente: la bellezza non è solo quella che vediamo nei social, filtrata e stereotipata, ma è ovunque: nella natura, nella musica, nella matematica, nei gesti gentili, nei pensieri profondi.

Con questo spirito, il progetto è stato realizzato con le classi seconde medie dell'Istituto Comprensivo di Taverna (CZ) e con le terze liceo di un istituto di Cittanova (RC). L'obiettivo era ambizioso: proporre una nuova idea di bellezza, autentica e libera dagli standard imposti da influencer e celebrità. Nel 2025, SIME è tornata tra gli studenti per verificare se quel messaggio avesse lasciato il segno. E la risposta è stata sorprendente.

Il Laboratorio di Bellezza ha introdotto i ragazzi a un concetto di bellezza integrata: non solo esteriore, ma anche interiore, emotiva, culturale e spirituale. Sono stati esplorati temi come il garbo, l'eleganza dei modi, la grazia, la solidarietà, l'amicizia, la libertà. Messaggi semplici

ma potenti sono stati ripetuti con forza: “La bruttezza non esiste, siete tutti belli così come siete”. Un invito a valorizzarsi, ad accettarsi, a non inseguire modelli irraggiungibili e artefatti.

Per contrastare il culto della perfezione estetica e la pressione del confronto continuo, si è parlato anche di ciò che è veramente brutto: la violenza, l’arroganza, il pregiudizio, il bullismo, il body shaming. Con il supporto di tecniche di comunicazione coinvolgenti come il Metaplan (post-it in cui vengono espressi pensieri in maniera anonima) e la Simulata (il gioco dei ruoli in cui viene rappresentata una situazione reale), i ragazzi sono stati protagonisti attivi: hanno guardato video, risposto a domande, condiviso pensieri. Le insegnanti hanno riscontrato un alto livello di partecipazione, soprattutto tra gli studenti più giovani, che hanno risposto con entusiasmo, con disegni, messaggi scritti e feedback personali. Il riscontro più emozionante è arrivato un anno dopo: i ragazzi ricordavano i messaggi ricevuti e avevano fatto propri i concetti appresi. Hanno dimostrato che parlare loro con sincerità, senza filtri né giudizi, può davvero far nascere un cambiamento profondo.

SIME conferma così la sua mission educativa: insegnare alle nuove generazioni che la vera bellezza è pensiero, cultura, rispetto, empatia. E che la libertà di essere sé stessi è il più potente atto di bellezza.

Pensiamo di ampliare lo studio pilota, partito in Calabria, coinvolgendo scuole di tutta Italia con la collaborazione dei Coordinatori regionali della SIME. Il programma, suddiviso in 4 moduli, ha la finalità di verificare la percezione della bellezza tra i discenti di 2° media e del 1° anno di scuole superiori e di illustrare un’idea di bellezza universale e oggettiva oltre che quella soggettiva e personale. Soprattutto in antitesi a quanto viene proposto dai social e dalle influencer.

Articolato in 4 incontri di 2 ore ciascuno, in presenza. Si anticipa ai ragazzi la possibilità di fare un video finale che sarà il loro messaggio ai coetanei sull’argomento trattato, da condividere sui social e su YouTube, oppure su una scena che rappresenta il concetto di bellezza

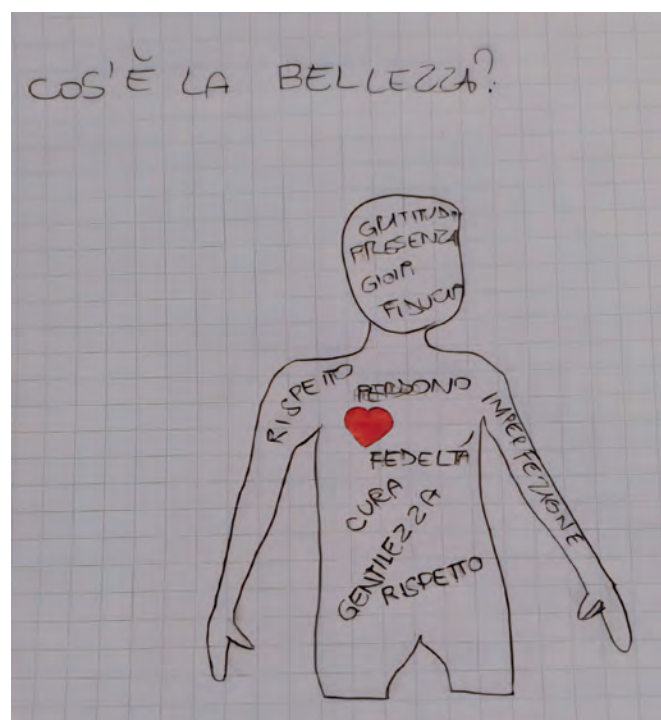
che hanno elaborato. Il video sarà realizzato solo se ci saranno i presupposti e solo se le valutazioni della loro conoscenza della ‘filosofia’ della bellezza, dell’etica, e della bellezza interiore porteranno a un risultato positivo e significativo rispetto alle cognizioni iniziali.

## Modulo I

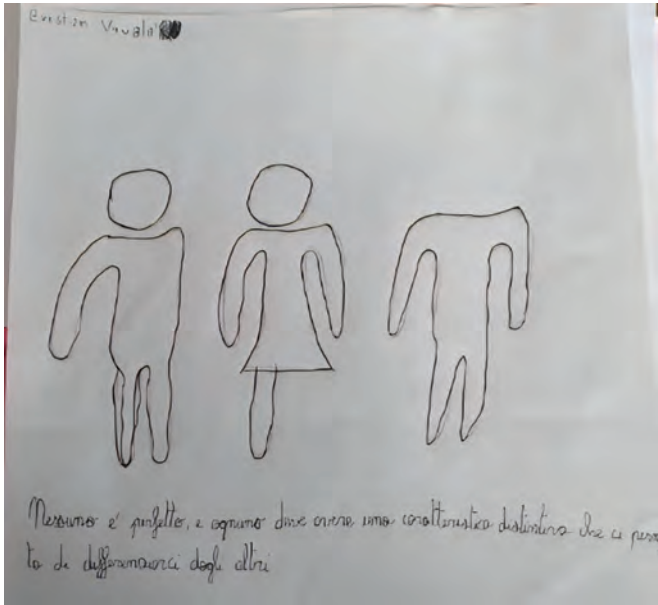
1. Test validati scientificamente sulla percezione della propria immagine corporea.
2. Raccolta dati sulla cosmesi abituale.
3. In entrambi i casi poche domande per evitare la scarsa partecipazione.
4. Il test sarà ripetuto alla fine dei 4 incontri.
5. 3. Metaplan sulla domanda cos’è la bellezza e cos’è la bruttezza.

## Modulo II

- Immagini di quadri e opere d’arte, di fotografie di paesaggi naturali, tra cui ciascun discente dovrà indicare il bello e le motivazioni della scelta.
- Video e immagini che mostrano comportamenti vol-







gari, arroganti e scorretti rispetto a comportamenti eleganti etici e garbati e di come la stessa persona possa far cambiare la percezione della sua bellezza anche in base al tono della voce, della gestualità e del portamento.

- Si prenderà nota delle impressioni dei ragazzi.

### Modulo III

Introduzione del concetto di Grazia, che amplia e completa quello di bellezza, e di eleganza dei modi, per spostare la percezione del solo apparire a quello di armonia e di interiorità che ciascuno deve saper incontrare e valorizzare e che attualmente invece è trascurata e dimenticata

### Modulo IV

- Ripetere il test iniziale.
- Video da registrare con il loro messaggio ai coe-



tanei o con una 'simulata' (gioco dei ruoli in cui si chiede di illustrare il bello e il brutto). Se non ci sono le condizioni si opta per una discussione plenaria sui temi trattati e raccolta dei loro messaggi.

Questo programma, darà la possibilità, ai rappresentanti della SIME e ai consulenti di psicologia, di acquisire una notevole quantità di dati relativi a quella fascia di età e di fornire un'educazione al concetto di Bello e a una visione globale della bellezza come interazione tra il dentro e il fuori.