

ilmedicopediatra 2026,35(3):35-42

Piccoli e Grandi Eroi in Azione

Centro di Formazione PBLSD FIMP-SIMEUP Roma: S. Brenna (Responsabile), R. Lanni, R. Giovanelli, F. Carlucci, E. Colantonio, M. De Filippo, E. Zirletta, S. Castronuovo, A. Graziosi, M. Serafini, A. Sio

Direttivo FIMP Roma: M.T. Fonte (Segretario), V. Grimaldi, S. Brenna, A. Germani, V. Faccia, A. Graziosi, R. Lanni, A. Macari, M. Porcari

Il progetto “Piccoli e Grandi Eroi in Azione: Impariamo a Soccorrere”, promosso dalla **FIMP Roma** (Federazione Italiana Medici Pediatri) in collaborazione con **IRC**, **SIMEUP** e **AHA**, si configura come un percorso educativo finalizzato alla diffusione, in ambito scolastico, della prevenzione e delle competenze necessarie per gestire le emergenze quotidiane in sicurezza.

Finalità e Destinatari

Il progetto è rivolto agli alunni delle classi **terze, quarte e quinte** della scuola primaria dell'Istituto Comprensivo Via Luigi Rizzo n. 1 (Roma) e prevede specifiche attività rivolte anche al personale scolastico. La finalità del percorso non è la formazione di soccorritori professionisti, ma lo sviluppo di conoscenze e abilità di base, adeguate all'età, che consentano agli alunni di assumere comportamenti coretti e consapevoli in presenza di una emergenza.

Il Ruolo del Pediatra e la Metodologia

Il **Pediatra di famiglia**, per la specifica competenza nell'ambito della salute dell'età evolutiva e per il rapporto fiduciario con le famiglie, assume un ruolo centrale nel percorso insieme ai **Medici Pediatri con specifica formazione in BLSD** affiancati, ove previsto, da formatori esperti.

La metodologia adottata è interattiva e si basa su:

- **Incontri con pediatri ed esperti** con spiegazioni semplici e chiare calibrate per l'età degli alunni;
- **Attività pratiche e laboratoriali** attraverso simulazioni, giochi di ruolo ed esercitazioni guidate;
- **Utilizzo di materiali didattici specifici:** manichini, kit di primo soccorso, contenuti audiovisivi (come il cartone IRC “Picnic Mozzafiato”) e presentazioni.

Struttura del Percorso (3 Moduli)

Per l'anno scolastico 2026/2027 il progetto si articola in tre moduli complementari, differenziati per destinatari e obiettivi formativi

- **Laboratori educativi per gli alunni:** Elementi essenziali di conoscenza del corpo umano, gestione delle emozioni e mantenimento dell'autocontrollo, modalità di attivazione del **Numero Unico di Emergenza 112**, manovre di disostruzione delle vie aeree, posizione laterale di sicurezza, principi fondamentali della rianimazione cardiopolmonare, e conoscenza del DAE e dei principi generali del suo utilizzo.
- **Formazione del Personale Scolastico:** Gestione delle emergenze sanitarie a scuola e principi generali relativi alla somministrazione dei farmaci salvavita nel rispetto delle prescrizioni mediche e dei protocolli previsti.
- **Certificazione BLSD:** Corso specifico rivolto al personale scolastico con rilascio di certificazione ufficiale.

Pubblichiamo qui un primo gruppo di progetti di ricerca dei Pediatri FIMP, tra quelli che saranno presentati al Congresso di Napoli. Gli altri, per motivi di spazio, saranno pubblicati nel numero di dicembre.

Valutazione e Benefici Attesi

L'efficacia dell'intervento sarà valutata attraverso strumenti differenziati in relazione ai destinatari e alle attività svolte comprendenti osservazione della partecipazione alle attività, esercitazioni pratiche, feedback dei partecipanti e verifiche delle competenze ove previste.

I risultati attesi includono una maggiore coesione del gruppo, maggiore capacità di riconoscere tempestivamente le situazioni potenzialmente critiche, maggiore consapevolezza nell'attivazione del sistema di emergenza, rafforzamento della collaborazione tra scuola, famiglie e Sistema Sanitario.

Nel suo complesso, il progetto intende contribuire alla costruzione di una comunità scolastica più consapevole, preparata e responsabile, nella quale la conoscenza delle corrette procedure di primo intervento diventi parte integrante dell'educazione alla salute rappresenta un investimento culturale per la formazione di cittadini attenti alla tutela della salute propria e della collettività.

Seconda campagna di immunizzazione con Nirsevimab (2025-2026): l'esperienza real-world della Pediatria di Famiglia nella Regione Puglia

Sezione FIMP Puglia

Presentatore Roberta Buonavolontà, Sezione FIMP Napoli

Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) rappresenta il principale agente patogeno responsabile delle infezioni acute delle vie aeree inferiori (LRTI) in età pediatrica, con un carico di malattia concentrato prevalentemente nei primi mesi di vita. A livello globale, l'impatto epidemiologico del VRS è stimato in circa 33 milioni di casi annui di LRTI nei bambini al di sotto dei 5 anni, determinando 3,6 milioni di ospedalizzazioni e circa 100.000 decessi, con una mortalità che affligge per oltre il 50% i lattanti sotto i 6 mesi. In questo target d'età, il virus si conferma una delle primarie cause di mortalità infantile nei paesi a basso e medio reddito (LMIC), con 1,4 milioni di ricoveri e oltre 45.000 decessi annui.

Nel contesto europeo (UE e Norvegia), le ospedalizzazioni pediatriche correlate al VRS ammontano a circa 245.000 casi/anno. L'incidenza mostra un picco evidente nel primo trimestre di vita, raggiungendo nei soggetti sotto i 2 mesi un tasso di ricovero pari a 71,6 casi per 1.000 nati. Il 75% dei ricoveri complessivi si concentra nel primo anno di vita; in aggiunta, circa l'85% dei pazienti ospedalizzati per bronchiolite da VRS è rappresentato da neonati a termine privi di patologie sottostanti o fattori di rischio nota.

In Italia, l'infezione da VRS determina circa 25.000 ricoveri

pediatrici l'anno, pari al 40% delle ospedalizzazioni totali per causa respiratoria nella prima infanzia. Sotto il profilo eziologico, il virus è identificato nell'80% dei casi di bronchiolite e nel 40% delle polmoniti diagnosticate nel primo anno di vita.

L'elevato *burden* della patologia da VRS si traduce in rilevanti costi diretti – correlati alla gestione delle degenze e delle complicanze acute – e indiretti, ascrivibili alla perdita di produttività dei *caregiver*, alla saturazione delle cure primarie e al carico psicosociale sulle famiglie.

In tale scenario, l'introduzione dell'immunoprofilassi passiva con l'anticorpo monoclonale a emivita prolungata Nirsevimab costituisce una svolta strategica per la sanità pubblica. Il coinvolgimento capillare della Pediatria di Famiglia (PdF) si configura come l'elemento determinante per il successo della campagna di immunizzazione, svolgendo un ruolo cardine nel *counseling* genitoriale, nell'ingaggio della popolazione target, nel *management* clinico territoriale e nel monitoraggio degli *outcome* di salute.

La Regione Puglia è stata tra i protagonisti della prima e della seconda campagna di profilassi con Nirsevimab, valorizzando fin da subito la centralità della Pediatria di Libera Scelta (PLS) nella strategia di salute pubblica.

In tale contesto, abbiamo condotto una *survey* regionale rivolta alla totalità dei Pediatri di Famiglia operanti sul territorio pugliese con lo scopo di analizzare in dettaglio l'esperienza dei PLS sul campo, focalizzandoci su:

- **assetto organizzativo e logistico** delle somministrazioni nei contesti ambulatoriali territoriali;
- **epidemiologia percepita e andamento clinico** delle bronchioliti nella popolazione afferente;
- **criticità operative** riscontrate nella gestione delle sedute vaccinali;
- **determinanti dell'esitazione o del rifiuto** da parte dei *caregiver*.

I dati emersi offrono evidenze fondamentali per la calibrazione delle future campagne di immunizzazione, promuovendo un modello sinergico e sempre più integrato tra Pediatria di Famiglia e governance sanitaria regionale.

Riferimenti bibliografici

Barbati F, et al. Epidemiology of respiratory syncytial virus-related hospitalization over a 5-year period in Italy: evaluation of seasonality and age distribution before vaccine introduction. *Vaccines* (Basel) 2020;8(1):15.

Centers for Disease Control and Prevention. RSV in infants and young children. <https://www.cdc.gov/rsv/index.html>.

European Centers for Disease Control and Prevention. RSV. <https://www.ecdc.europa.eu/en/respiratory-syncytial-virus-rsv>.

Richard Osei-Yeboah et al. Estimation of the Number of Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalizations in Adults in the European Union. *The Journal of Infectious Diseases* 2023;1539-1548.

Dovizio M, et al. Clinical and economic burden of respiratory syncytial virus in children aged 0-5 years in Italy. Ital J Pediatr. 2024;50:57.

Azzari C, et al. Epidemiology and prevention of respiratory syncytial virus infections in children in Italy. Ital J Pediatr. 2021.

Regione Liguria – FIMP Liguria – ASL3 Genovese – APEL Proposta di Obiettivo di Salute – ACN 2025 Promozione della corretta alimentazione e dell'attività fisica nei bambini (Prevenzione del sovrappeso e dell'obesità)

Bruna Cammarata, Alberto La Valle
Pediatri di famiglia, ASL3 Genovese

Premessa

L'obesità infantile è un problema di salute pubblica crescente anche in Liguria. A livello nazionale, i dati più recenti del Progetto OKkio alla Salute (2023) confermano la diffusione del fenomeno, con il 19% dei bambini in sovrappeso, il 7,3% obesi e il 2,6% con obesità grave. In Liguria, la situazione non è diversa: il 27,2% dei bambini presenta eccesso ponderale, di cui il 18,2% in sovrappeso, il 7,2% obesi e l'1,9% con obesità severa. Questi numeri ribadiscono la necessità di interventi mirati e tempestivi, anche attraverso azioni semplici e uniformi sul territorio. Il Pediatra di libera scelta rappresenta il primo presidio per intercettare precocemente fattori di rischio alimentari, familiari e comportamentali. L'obiettivo di questa proposta è realizzare un intervento semplice, uniforme e sostenibile, in linea con la quota variabile prevista dagli obiettivi di salute ACN.

Obiettivo specifico

Rilevare precocemente situazioni di rischio di sovrappeso nei bambini di 5 anni e sensibilizzare le famiglie su corretti stili di vita, con un impegno operativo contenuto ma strutturato.

Obiettivo secondario

Stabilire un primo dato epidemiologico regionale sull'eccesso ponderale nei bambini intorno ai 5 anni, utile per la progettazione di futuri interventi di prevenzione a livello territoriale e regionale.

Attività proposta

1. Durante il Bilancio di Salute dei 5 anni: rilevazione di peso e altezza, calcolo del BMI e registrazione o invio dei dati al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
2. Somministrazione di un mini-questionario alle famiglie

(8 domande) per individuare comportamenti a rischio in ambito alimentare e motorio.

3. Consegna di una scheda di breve counseling con 5-7 indicazioni essenziali su alimentazione, attività fisica e sonno.

Indicatori di risultato

- Percentuale di bambini di 5 anni con dati antropometrici registrati o trasmessi al FSE.
- Percentuale di famiglie che hanno compilato il mini-questionario.

Carico di lavoro stimato

Attività integrata nel bilancio dei 5 anni. Tempo aggiuntivo medio: circa 10 minuti per bambino (5 per spiegare e 5 per raccogliere le informazioni).

Allegato 1 – Mini Questionario (da compilare con il Pediatra)

1. Il bambino fa colazione ogni giorno prima di andare a scuola? (Sempre / Qualche volta / Mai)
2. Quante porzioni di frutta e verdura consuma mediamente al giorno? (0-1 / 2-3 / ≥ 5)
3. Quante volte alla settimana beve bevande zuccherate o succhi confezionati? (Mai / 1-2 / ≥ 3)
4. Quante ore al giorno trascorre davanti a TV, tablet o videogiochi? (<1 / 1-2 / >2)
5. Partecipa ad attività fisica o gioco all'aperto ogni giorno? (Sì / No)
6. Quante ore dorme mediamente per notte? (<8 / 8-10 / >10)
7. In famiglia si parla o si presta attenzione a mangiare sano e muoversi di più? (Spesso / Raramente / Mai)
8. Nella famiglia del bambino (genitori o fratelli) ci sono persone in sovrappeso o obese? (Sì / No)

Allegato 2 – Breve counseling "crescere in salute"

1. Colazione ogni giorno – È il pasto che dà energia per iniziare bene la giornata.
2. Cinque porzioni tra frutta e verdura – Meglio se di colori diversi.
3. Limitare bevande zuccherate e snack confezionati – Preferire acqua e frutta.
4. Almeno 1 ora di movimento al giorno – Gioco libero, sport o passeggiata.
5. Ridurre il tempo davanti agli schermi – Non più di 2 ore al giorno.
6. Dormire a sufficienza – 8-10 ore per ristoro e crescita sana.
7. Coinvolgere tutta la famiglia – I bambini imitano ciò che vedono.

Progetto di Formazione per la Salute dei Bambini

Proponente Francesco Carlomagno, Responsabile AREA PUER

Francesco Carlomagno (Coordinatore AREA PUER FIMP), Roberta Buonavolontà (Vice-Coordinatore AREA PUER FIMP), Antonio Vitale (Responsabile Centro di Formazione Regionale SIMEUP), Salvatore Iasevoli (Segretario FIMP Napoli), Giannamaria Vallefucio (Segretario FIMP Campania)

Presentatore Roberta Buonavolontà, Sezione FIMP Napoli

In Italia circa 5.000.000 di bambini fanno ricorso ai Pronto Soccorso Ospedalieri benché la maggior parte dei casi non presenti vere criticità. Diventa sempre più fondamentale, pertanto, che il territorio intercetti le patologie che non necessitano di assistenza ospedaliera, ma anche che intercetti quei casi che possono avere una rapida evoluzione. L'assistenza al bambino critico richiede una precoce decisione delle priorità di intervento che comprendono la classificazione della gravità e la stabilizzazione delle condizioni cliniche del bambino, perché in età pediatrica l'evoluzione clinica delle patologie acute è solitamente più rapida rispetto all'adulto sia in senso migliorativo a fronte di adeguati ed efficaci manovre o procedure sia in senso peggiorativo qualora gli interventi non siano appropriati e precoci. In questo panorama, quindi, diventano fondamentali le AFT e le Case di Comunità indicati dal PNRR.

L'obiettivo del nostro progetto è quello di aumentare le competenze del personale nella valutazione e gestione di un lattante o di un bambino con compromissione respiratoria, compromissione circolatoria, arresto cardiaco o trauma in accordo con le linee guida internazionali e nazionali (ILCOR 2025, AHA e SIMEUP). Il progetto si propone di accrescere le conoscenze teoriche, le abilità pratiche e le competenze relazionali e comunicative per il lavoro in team riguardo la gestione delle emergenze pediatriche più frequenti. Questa metodologia formativa è finalizzata a creare una rete di operatori territoriali altamente qualificati nella gestione del bambino in condizioni di criticità vitale da stabilizzare e affidarlo alle cure ospedaliere, ma soprattutto di evitare che tanti altri bambini ricorrano in modo inappropriato alle cure ospedaliere. Lo schema di approccio si sviluppa in vari livelli ed in ciascuno avviene secondo la sequenza con valutazione-categorizzazione-decisione-azione. Nell'ambito del progetto sono programmati corsi in cui saranno organizzati momenti minimali di lezione frontale, ma soprattutto saranno privilegiate l'esercitazione su stazioni di apprendimento in piccoli gruppi per l'acquisizione delle abilità pratiche e degli schemi di comportamento diagnostico-terapeutico e

del lavoro in team. Tutti i presidi sanitari e le attrezzature medicali idonee per l'intervento d'urgenza saranno a disposizione nelle diverse stazioni di apprendimento.

La finalità dei corsi, sfruttando le tecniche di simulazione su manichini a media ed alta fedeltà, è quindi di incrementare e migliorare le competenze sanitarie nel campo dell'emergenza-urgenza nel lattante e nel bambino per assicurare un intervento diagnostico e terapeutico attraverso l'attuazione della metodologia di approccio AHA: Assessment – Categorize – Decision – Intervent (Valutazione – Categorizzazione – Decisione – Intervento) ripetuta in tre step sequenziali che prevedono nella prima fase l'individuazione accurata delle priorità assistenziali in base alle condizioni cliniche del paziente, la decisione dell'intervento prioritario necessario e la sua effettuazione, con ripetizione per verificarne l'efficacia in termini di stabilizzazione o miglioramento e per approfondirne la valutazione diagnostica terapeutica. L'operatore sanitario dopo la conclusione con successo sarà in grado di:

- Riconoscere ed essere in grado di condurre l'approccio sistematico nella valutazione pediatrica di un bambino gravemente ammalato o traumatizzato, secondo una sequenza di livelli sempre più approfonditi dando precedenza alla priorità primaria di stabilizzare le condizioni cliniche del bambino;
- Riconoscere e gestire un bambino con una bradiaritmia, tachiaritmia o ritmo da arresto che mette a rischio la vita;
- Riconoscere e gestire un bambino con distress o insufficienza respiratoria e /o un compensato o ipotensivo shock;
- Riconoscere e gestire un bambino con patologie da trauma;
- Descrivere gli elementi chiave del comportamento di un team per una rianimazione efficace e spiegare perché il fondamento di una rianimazione con successo include la padronanza delle competenze di base ed dell'efficace dinamica del team;
- Prevenire l'aggravamento delle condizioni del bambino durante la stabilizzazione e le fasi di trasferimento;
- Gestire in maniera efficace la componente respiratoria, incluso l'utilizzo dei device per la somministrazione dell'ossigeno, aspirazione, gestione vie orofaringee e nasofaringee

Il fulcro del progetto è l'enorme spazio lasciato all'interattività e alla simulazione pratica. Le lezioni teoriche saranno supportate dalla presentazione con video delle diverse situazioni di emergenza che l'operatore può trovarsi a gestire e dalla disponibilità di skill appositamente predisposti per scenari che riguardano shock, distress respiratorio, arresto o insufficienza respiratoria/cardiaca e patologia traumatica. Gli obiettivi saranno raggiunti attraverso un articolato percorso sviluppato in una sequenza di sessioni teoriche e di addestramento sempre più complesse con priorità operativa

al lavoro in team e si concluderà con la sessione valutativa delle performance raggiunta da ogni allievo. Solo un territorio adeguato ad intercettare i fabbisogni assistenziali permette di inviare alle strutture ospedaliere solo pazienti appropriati, con conseguente riduzione della spesa sanitaria.

Proposta Governo Clinico Adolescenza

Pasqualina Ferri, ASL NA1 Centro, DS 24

L'adolescenza è oggi considerata la fase di crescita più complicata, in cui si cristallizzano abitudini, modelli comportamentali e dipendenze che spesso restano per tutta la vita. Il disturbo d'ansia è all'apice della classifica, poi il ritiro sociale, la depressione e il disturbo d'ansia.

In vista del 2030 ci sono dati che ci portano a credere in un peggioramento nel benessere psicologico di ragazze e ragazzi a causa di disturbi mentali (si parla di 2 milioni in più rispetto al 2015). Occorre inoltre mettere in guardia dal rischio di trasformare problemi complessi, spesso legati al contesto educativo, familiare e sociale, in etichette rigide, da trattare quasi automaticamente come questioni mediche. L'Osservatorio Adolescenza (Presidenza dei Ministri, ottobre 2025) ha proposto di utilizzare i dati e le informazioni contenuti nei bilanci di salute pediatrici per un esame attento dello stato di salute generale di bambini e ragazzi, delle situazioni di maltrattamento e disagio psicologico, dei comportamenti a rischio, del consumo precoce di sostanze stupefacenti e di bevande alcoliche, dell'abitudine al fumo, dell'accesso sempre più anticipato alle nuove tecnologie.

I dati reali sono misconosciuti alle istituzioni: tante diagnosi nascoste, tanti centri di primo, secondo e terzo livello pieni, con rischio di diagnosi tardive; centri di riabilitazione con attese di mesi o anni. Emerge anche lo scoraggiamento, la paura di manifestare il disagio psicologico e la questione economica per le famiglie. Spesso il Pediatra di famiglia è la prima figura che intercetta il disagio, il primo supporto familiare e cerca di interagire con altre figure professionali: il neuropsichiatra infantile dell'ASL di riferimento, i centri di psicoterapia sul territorio, i neuropsichiatri infantili ospedalieri o universitari per la diagnosi e cura, anche farmacologica.

Occorre costruire oggi la rete-adolescenza, in cui le figure professionali si possano parlare più facilmente, avvicinando la NPI di 2° 3° livello con le realtà territoriali: NPI ASL, psicologo di base, centri di riabilitazione convenzionati. Mettere in rete e screenare gli adolescenti in osservazione permetterà di monitorare le prese in carico vicino al domicilio, le disponibilità a medio e breve termine, le urgenze. La Campania potrebbe essere la regione guida con un governo clinico sull'adolescente in osservazione. Il governo clinico è composto da schede di valutazione (tempo 0, 6-12-24

mesi) in cui più figure professionali hanno a disposizione uno spazio per le annotazioni.

La prima scheda include i dati anagrafici e dati clinici salienti dei primi mille giorni di vita, del nido o della scuola primaria e secondaria, inoltre le informazioni dei genitori o caregiver, delle insegnanti fino alla prima presa in carico con una diagnosi di disagio minore o patologia conclamata.

Le schede di follow-up a 6-12-24 mesi recuperano dati per analizzare la prima diagnosi, conferma o disconferma, e includono sempre informazioni provenienti dai genitori, dal Pediatra, dalla scuola, dagli operatori sanitari coinvolti.

Un governo clinico così articolato sarà di grande utilità per tutte le figure professionali o enti coinvolti. In particolare:

1. PDF (visione completa del paziente, trasversale nel tempo);
2. NPI ASL (visione del paziente in base alle sue competenze e alle risorse del territorio);
3. Psicologo di base (tempi di attesa brevi, forse periodo di osservazione più lungo rispetto al previsto);
4. NPI Ospedale (recupero dati per studi retrospettivi e prospettici), diagnosi più precise;
5. Osservatorio Nazionale (dati reali come una fotografia dell'adolescenza medicata, quindi attuare strategie mirate per le criticità reali evidenziate in base anche alle differenze territoriali: il disturbo d'ansia e l'anoressia hanno incidenza diversa per regione);
6. Regione (conoscenza della reale emergenza da affrontare con gli adolescenti di oggi).

Pertanto attenzione all'abuso della diagnosi in ambito di salute mentale in età pediatrica-adolescenziale, alla sua banalizzazione e alla tendenza a trascurare fattori ambientali, regionali, relazionali, preferendo spiegazioni esclusivamente biologiche e soluzioni farmacologiche rapide (notevole incremento di psicofarmaci negli adolescenti). Dubbio, confronto, autocritica servono davanti a un paziente-adolescente con un sospetto disturbo mentale.

Proposta per screening clinico/ cardiologico in bambino/adolescente in sovrappeso/obeso

FIMP Regione Lazio -Cardiologia, Ospedale
San Giovanni Addolorata di Roma
Vincenza Rossomando

A partire dal mese di settembre il gruppo di studio di Cardiologia della Fimp Lazio avvierà uno studio osservazionale prospettico ospedale-territorio su sovrappeso/obesità e rischio ipertensivo/cardiologico nei bambini di età compresa tra i 5 e i 13 anni e 11 mesi e 29 giorni.

Scopo dello screening è individuare precocemente condizioni che possono essere associate al sovrappeso, per poter intervenire con controlli clinici e strumentali mirati alla promozione della salute.

Verranno raccolte informazioni anamnestiche e familiari, si effettuerà una visita medica con rilevazione dei parametri auxologici (peso, altezza, BMI, circonferenza addominale, misurazione della pressione arteriosa, compilazione di un questionario relativo ad alimentazione, stile di vita, attività fisica).

Il compito dei PLS sarà quello di selezionare i bambini con sovrappeso e/o obesità con o senza ipertensione e/o familiarità per cardiopatie da inviare alla Cardiologia pediatrica dell'Ospedale San Giovanni dove effettueranno una prima visita cardiologica con ECG e misurazione della pressione arteriosa.

Nell'ambito di questi controlli prima verranno individuati i soggetti che dovranno effettuare un ecocardiogramma color doppler ed eventuali esami per screening metabolico (emocromo, azotemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, glicemia, Hbglicata, insulina, colesterolo tot, HDL e LDL, trigliceridi, bilirubina tot e fraz T4, TSH, vitamina D, urine).

I pazienti con BMI > 85°, 90° e 97° percentile (chart nazionali) corrispondenti a sovrappeso, obesità e obesità grave, verranno inviati rispettivamente all'ambulatorio di Endocrinologia e dietologia del S. Eugenio, e dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù.

Il PLS effettuerà i successivi controlli a 3, 6 e 12 mesi per valutare i parametri auxologici e la pressione arteriosa. Un secondo prelievo verrà effettuato a distanza di 6 mesi per i soggetti con esami ematochimici alterati solo se aderenti alla dieta.

Naturalmente i genitori o tutori legali dovranno firmare il consenso informato qui allegato.

Impatto dell'immunizzazione universale con Nirsevimab nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia: le prime due stagioni a confronto

Ilaria Sani, Valentina De Vittori, Silvana Brenna, Daniele Petrone, Fimp Roma e provincia

Presentatore: Ilaria Sani

Introduzione

Lo scorso anno abbiamo presentato al XIX Congresso Nazionale FIMP e pubblicato su Italian Journal of Pediatrics (Petrone et al, 2026:52:63) l'efficacia real-world di Nirsevimab nel ridurre l'incidenza della diagnosi di bronchiolite nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia nella

Regione Lazio per la stagione 2024-2025. In tale stagione per problemi organizzativi regionali la campagna di immunizzazione era iniziata solo il 9 dicembre 2024 ed aveva interessato tutti i nuovi nati a partire dal 17 agosto 2024. Il nostro studio aveva evidenziato che Nirsevimab era stato in grado di ridurre il rischio di bronchiolite del 44,6% nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia. Il nostro studio concludeva che immunizzare contro RSV in un timing corretto, sarebbe stato un elemento cruciale per ottimizzare l'efficacia di Nirsevimab nelle stagioni successive.

Quest'anno nella nostra Regione la campagna di immunizzazione è stata correttamente avviata il 1° ottobre 2025 ed ha coinvolto tutti i nuovi nati dal 1° aprile 2025. Questo studio ha lo scopo di valutare l'efficacia di Nirsevimab nel ridurre l'incidenza delle bronchioliti nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia in un setting ottimale.

Materiali e Metodi

È stato condotto uno studio di coorte retrospettivo utilizzando i registri clinici elettronici di 26 pediatri di libera scelta della Regione Lazio. Sono stati inclusi nello studio tutti i bambini nati tra il 1° aprile 2025 e il 31 marzo 2026. Gli eventi di bronchiolite sono stati registrati tra il 1° aprile 2025 e il 31 marzo 2026, escludendo i casi precedenti all'avvio della campagna di immunizzazione. I dati relativi all'immunizzazione sono stati acquisiti dal Registro Vaccinale Regionale. L'associazione tra immunizzazione e bronchiolite è stata analizzata con metodi descrittivi e modelli multivariati, utilizzando anche tecniche di pesatura (IPW) per bilanciare i gruppi.

Risultati

Su 1278 bambini iniziali, 1202 sono stati inclusi nello studio: 1075 sono stati immunizzati (89,4% vs 74,1% per la stagione 2024-2025) e 127 non sono stati immunizzati (10,6%). Complessivamente si sono registrati 78 casi di bronchiolite (6,5%). La prevalenza di bronchiolite è stata dell'9,4% tra i non immunizzati e del 6,1% tra gli immunizzati. L'analisi con modello multivariato ha evidenziato un effetto protettivo dell'immunizzazione pari al 82,8% (vs 50,4% della stagione 2024-2025). Durante il periodo di studio, 19 bambini (1,6%) sono stati ospedalizzati. La riduzione del rischio di ospedalizzazione per bronchiolite negli immunizzati è risultata pari a 84,1% (vs 49,1% della stagione 2024-2025).

Conclusioni

Questo studio evidenzia che quando la campagna di immunizzazione viene eseguita secondo il timing ottimale Nirsevimab è in grado di ridurre il rischio di bronchiolite dell'82,8% nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia. Vista

la notevole efficacia di Nirsevimab ulteriori sforzi devono essere compiuti nell'aumentare l'adesione dei pediatri di famiglia alla campagna di immunizzazione e ad aumentare le coperture nella popolazione target.

Stima dell'Ipertensione Arteriosa pediatrica e attuazione di strategie terapeutiche

Area Nefrologia FIMP Serafinelli J (Lazio),
C. De Mutiis (Emilia-Romagna), C. Spagnoli (Marche),
L. Cresta (Liguria) REF.

Background

L'ipertensione arteriosa (IA) in età pediatrica è una condizione sottostimata e spesso misconosciuta con importanti implicazioni sulla salute cardiovascolare nelle fasi successive della vita: UN ADULTO IPERTESO È UN BAMBINO/ADOLESCENTE IPERTESO SPESSO NON DIAGNOSTICATO!

Due recenti metanalisi pubblicate su JAMA Pediatrics, Song et al. del 2019 e Ruan et al. nel 2025, stimano una **prevalenza globale** di valori pressori elevati nel 4% dei bambini in età scolare. Ancora, nel 2025 Zhou et al. in uno studio sistematico pubblicato su The Lancet Child & Adolescent Health, riportano una prevalenza globale dell'ipertensione nei minori quasi raddoppiata negli ultimi vent'anni, balzando dal 3,4% a oltre il 6,5% nei ragazzi, con picchi marcati durante la pubertà.

In Italia, l'unica fotografia ci viene dai dati congiunti raccolti da SIIA (Società Italiana di Ipertensione Arteriosa) e la SIP (Società Italiana di Pediatria), e presentati ai congressi nazionali nel 2016, che conferma i dati globali, ovvero: il 4% dei bambini e ragazzi tra i 4 e i 18 anni ha la pressione alta, e 4% sono ipertesi in età prepuberale. Inoltre, nei bambini obesi, l'incidenza di IA arriva al 20-25%, come evidenziato nel 2024 dal Gruppo di studio SIP dell'ipertensione arteriosa e del rischio cardiovascolare.

Nel mondo solo Gran Bretagna, Cina e Germania hanno realizzato studi su scala nazionale riportanti i valori pressori nella fascia pediatrica; in particolare Moll et al. in Germania nel 2025 hanno stimato una aumentata **incidenza di IA** con la crescita, passando da circa 0,27 casi per 1000 persone-anno nei bambini sotto i 5 anni, fino a 5,69 casi per 1000 persone-anno negli adolescenti e una prevalenza tra il 10,4 e il 15,6%, nettamente aumentata rispetto ai valori globali.

Rispetto alle evidenze passate e similmente agli adulti, l'**ipertensione primitiva** è la forma prevalente rispetto alla secondaria di circa dieci volte. La forma **secondaria**, tuttavia, è nel complesso in aumento, in relazione all'epidemia glo-

bale di obesità infantile, dieta ricca di sale e acidi grassi saturi e la scarsa attività fisica quotidiana e sedentarietà alimentati da un uso eccessivo di internet e videogiochi. In Italia SIP e SIIA, riportano nella fascia 8-9 anni un 20,9% di bambini sovrappeso e il 9,8% obesi, laddove poi un bambino sovrappeso su 20 ha la pressione elevata e un bambino obeso su 4 è iperteso.

Le metanalisi di Ruan et al. nel 2025 e Song et al nel 2019, confortano questi dati, confermando la relazione tra eccesso ponderale e sviluppo di IA nel bambino e nell'adolescente: con una prevalenza di due volte e mezzo superiore nei soggetti sovrappeso rispetto ai normopeso e di sei volte più alta tra obesi e normopeso. Infine, è anche segnalato un aumento di prevalenza di soggetti ipertesi con il crescere della età, dal bambino della scuola primaria fino all'adolescente.

Ruan et al. nel 2025 ci fornisce una ulteriore informazione: se viene effettuata un'unica e occasionale misurazione, la prevalenza di soggetti con valori pressori superiori al 95° percentile è pari all'11,8%, quindi più similmente ai dati tedeschi. Questo dato sottolinea ancor di più l'importanza di controllare la pressione arteriosa, che deve essere misurata in occasione delle annuali visite di controllo con modalità e strumenti adeguati, ripetuta in tre in occasioni diverse e interpretare correttamente i valori in relazione ai normogrammi relativi al sesso, all'età e all'altezza del bambino, come da linee guida.

Il Pediatra di libera scelta è un attore privilegiato: conosce le storie anamnestiche familiari, segue ogni suo assistito dalla nascita fino all'età adolescenziale, valutandolo almeno annualmente con il bilancio di salute in cui valuta dati antropometrici e anche la pressione arteriosa, conosce le patologie croniche e i farmaci assunti da ciascuno ed è il case manager che gestisce, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri, i casi secondari più complessi. Il suo ruolo di promotore di salute e di prevenzione di ciascuno di noi non può esimersi dal riconoscimento dell'ipertensione arteriosa, malattia asintomatica e noto fattore di rischio di malattie cardiovascolari in età adulta, determinante anche di precoci danni d'organo, soprattutto a carico di vasi e cuore, visibili già in età pediatrica. Cionondimeno, il rapporto fiduciario costruito nel tempo con i bambini e le famiglie consente una più rapida e profonda attuazione delle strategie di intervento precoci, relativamente allo svolgimento dell'attività fisica e sportiva e ad una dieta equilibrata.

Disegno e obiettivi dello studio

I pediatri di libera scelta parteciperanno in maniera volontaria fornendo i dati anonimizzati dei pazienti di cui sono disponibili i dati anamnestici e antropometrici nel periodo di

osservazione tra Gennaio 2027- Dicembre 2027. Lo studio consta di due fasi:

- Prima fase osservazione

Studio osservazionale che include bambini e adolescenti 6-16 anni, di cui è disponibile il dato di pressione arteriosa nel periodo di osservazione, in relazione a statura, peso e i dati di anamnesi familiare, farmacologica e inerenti alle patologie note. Gli obiettivi sono:

- identificare incidenza/prevalenza di IA nell'età prepuberale e nell'adolescente;
- stratificare i pazienti per tipo e grado di IA;
- identificare i fattori di rischio (obesità, familiarità, disturbo sonno...).

- Seconda fase intervento

Studio prospettico che consiste nel valutare i bambini con IA diagnosticati nella prima fase e seguirli prospetticamente da gennaio 2028 ad almeno 3 anni. Gli obiettivi sono:

- confermare o meno le diagnosi di ipertensione arteriosa;
- attuare, laddove non ancora eseguita, una strategia di intervento sia diagnostica che terapeutica;
- indirizzare i pazienti ad un centro di secondo livello per valutare il danno d'organo

Conclusioni

Questo progetto consente di:

- diffondere le corrette pratiche cliniche di misurazione della pressione arteriosa, fornendo tabelle con i valori di riferimento più aggiornati e indicazioni operative per la diagnosi e pratiche terapeutiche di primo livello sui casi di pressione elevata;
- fare una fotografia dettagliata di tutti gli assistiti longitudinale e prospettica, consentendo di calcolare prevalenza e incidenza nella popolazione sana o affetta da patologie croniche;
- identificare i fattori di rischio e il tipo di IA più frequente nella nostra popolazione;
- attuare strategie di prevenzione, diagnosi e cura dei bambini affetti da IA.

L'ipertensione in età pediatrica è un problema crescente e rappresenta una delle patologie croniche "potenzialmente" più frequenti che può avere importanti conseguenze per la salute. Tranne casi estremi, l'ipertensione non dà sintomi e l'unico modo per riconoscerla è quello di misurare la pressione. È mandatorio che il Pediatra metta in campo le migliori risorse per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento di questa importante patologia.

COSTO: 0

Riferimenti bibliografici

Song P, Zhang Y, Yu J, et al. Global prevalence of hypertension in children: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2019;173:1154-1163. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3310>.

Ruan X, Zhu A, Wang T, et al. Global prevalence of hypertension in children and adolescents younger than 19 years: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* Published online July 28, 2025. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.2206>.

Zhou J, Shan S, Wu J, et al. Global prevalence of hypertension among children and adolescents aged 19 years or younger: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Child & Adolescent Health* 2025;10:11-21.

Peters H, Whincup PH, Cook DG, et al. Trends in resting pulse rates in 9-11-year-old children in the UK 1980-2008. *Arch Dis Child* 2014;99:10-14.

Dong Y, Ma J, Song Y, et al. Secular trends in blood pressure and overweight and obesity in chinese boys and girls aged 7 to 17 years from 1995 to 2014. *Hypertension* 2018;72:298-305.

Sarganas G, Schienkiewitz A, Finger JD, et al. Blood pressure and resting heart rate in 3-17-year-olds in Germany in 2003-2006 and 2014-2017. *J Hum Hypertens* 2022;36:544-553. <https://doi.org/10.1038/s41371-021-00535-2>.

Moll JC, Bohlken J, Kostev K. Prevalence of and Factors Associated with Hypertension in Children and Adolescents as Observed by German Pediatricians - A Case Control Study. *Children* 2025;12:348. <https://doi.org/10.3390/children12030348>.