

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

UN PRIMO PASSO PER RIPRENDERE
LE TRATTATIVE

AUTISMO.
I GIUDICI ASSOLVONO IL VACCINO

PEDIATRIA E ORTOGNATODONZIA:
NECESSITÀ DI UN PERCORSO CONDIVISO
NELL'INTERESSE DEL BAMBINO

IL TRATTAMENTO CON GH

L'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO
NUTRIZIONALE FIMP

LA PERCEZIONE DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA
ASSOCIATI FIMP SULLA VACCINAZIONE
CONTRO LE GASTROENTERITI ACUTE
DA ROTAVIRUS

VALUTAZIONE NEUROEVOLUTIVA
E PROMOZIONE DELLO
SVILUPPO PSICOMOTORIO 0-3 ANNI



PACINI
EDITORE
MEDICINA

Valdo Flori
Direttore responsabile

Vetrina delle attività del Pediatra di Famiglia

Pubblicazione di argomenti di interesse per la Pediatria di Famiglia

Ci siamo riusciti?



INDICE

editoriale

Un Primo Passo per riprendere le trattative <i>Condiviso un documento politico tra Sindacati Medici e Comitato di settore Regioni-Sanità</i>	3
---	---

approfondimenti e notizie

Autismo. I giudici assolvono il vaccino	4
---	---

clinica e management

Pediatria e Ortognatodonzia: necessità di un percorso condiviso nell'interesse del bambino	6
Il trattamento con GH	13

attività professionale

L'osservatorio epidemiologico nutrizionale FIMP. I risultati	26
La percezione dei pediatri di famiglia associati FIMP sulla vaccinazione contro le gastroenteriti acute da rotavirus	32
Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni	34



INDICE

editoriale

Non abbassiamo la guardia!	1
Accordo Governo - Ministero della Salute - OO.SS.	2

approfondimenti e notizie

Calendario per la Vita recepito dal Ministero della Salute. Posizione del Board del Calendario per la Vita riguardo alla vaccinazione anti-pneumococcica	3
Assolta la Pediatra di Famiglia condannata per responsabilità del sostituto	5

attività professionale

Effettuazione delle attività di vaccinazione nell'ambito della Pediatria di Famiglia	8
Relazione su meningite in Toscana	13
IX Congresso Nazionale FIMP 2015	15

clinica e management

Bilancio della stagione influenzale 2014-15 e un'auspicabile lezione per il futuro	30
La barriera mucosale, nuove acquisizioni e approcci terapeutici	37

INDICE

editoriale

In memoria di Sandro Angeloni, Presidente Nazionale Onorario FIMP 1

attualità

Che nessuno possa dire "io non sapevo" 3

attività professionale

Miglioriamo le cure pediatriche nel territorio 4

Certificazione idoneità attività motoria nell'infanzia
Lettera aperta dei Pediatri italiani al Ministro della Salute 6

Campagna vaccinazione anti-influenzale 2015-2016 8

clinica e management

Linee guida fitoterapia 10

Quando il dolore toracico fa riflettere. Un case report pediatrico 15

Mamme fai da te? Indagine conoscitiva della FIMP
sull'automedicazione in età pediatrica 17

Malformazioni della mano e dell'arto superiore
nell'anomalia di Poland 19

Diagnosi precoce e incidenza dei disturbi della comunicazione
e della relazione in Toscana 23

approfondimenti e notizie

Ecco perché è utile il vaccino anti-HPV 26

Offerta vaccinale e responsabilità penale
Intervista flash al prof. Pasquale Macri 31

INDICE

editoriale

Appello per il diritto alla vita per i bambini profughi
da guerra, calamità, carestia 1

attualità

I diritti dei bambini che arrivano in Europa 3

Appello dell'European Academy of Paediatrics (EAP)
per l'aumento della copertura vaccinale dei migranti 5

attività professionale

Attività Scientifiche FIMP, Triennio 2016-2018
Comitato Scientifico Tecnico Organizzativo 7

Le cure palliative pediatriche: le conoscenze dei pediatri 11

clinical management

Maltrattamenti e abusi sui minori.
Considerazioni ed evidenze scientifiche in chiave epigenetica 17

approfondimenti e notizie

Approccio diagnostico-terapeutico nell'occhio rosso del bambino 23

Red flags in ambito di febbri ricorrenti non infettive 30

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

UN PRIMO PASSO PER RIPRENDERE
LE TRATTATIVE

AUTISMO.
I GIUDICI ASSOLVONO IL VACCINO

PEDIATRIA E ORTOGNATODONZIA:
NECESSITÀ DI UN PERCORSO CONDIVISO
NELL'INTERESSE DEL BAMBINO

IL TRATTAMENTO CON GH

L'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO
NUTRIZIONALE FIMP

LA PERCEZIONE DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA
ASSOCIATI FIMP SULLA VACCINAZIONE
CONTRO LE GASTROENTERITI ACUTE
DA ROTAVIRUS

VALUTAZIONE NEUROEVOLUTIVA
E PROMOZIONE DELLO
SVILUPPO PSICOMOTORIO 0-3 ANNI



PACINI
EDITORE
MEDICINA

Vetrina delle attività del Pediatra di Famiglia

Publicazione di argomenti
di interesse per la Pediatria
di Famiglia

In parte ci
siamo
riusciti



PASSATO

fimp  Federazione Italiana Medici *Pediatr*i

numero anno
2015

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

UN PRIMO PASSO PER RIPRENDERE LE TRATTATIVE

AUTISMO. I GIUDICI ASSOLVONO IL VACCINO

PEDIATRIA E ORTOGNATODONZIA: NECESSITÀ DI UN PERCORSO CONDIVISO NELL'INTERESSE DEL BAMBINO

IL TRATTAMENTO CON GH

L'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NUTRIZIONALE FIMP

LA PERCEZIONE DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA ASSOCIATI FIMP SULLA VACCINAZIONE CONTRO LE GASTROENTERITI ACUTE DA ROTAVIRUS

VALUTAZIONE NEUROEVOLUTIVA E PROMOZIONE DELLO SVILUPPO PSICOMOTORIO 0-3 ANNI



PACINI EDITORE MEDICINA

FUTURO

fimp  Federazione Italiana Medici *Pediatr*i

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Uno spiraglio nella *Vertenza Salute*

Congresso Nazionale FIMP 2016

Zika virus

Artrite idiopatica giovanile sistemica

Abstract del IX Congresso Nazionale FIMP 2015

In ricordo di ... Dario Pavesio e Guido Brusoni



X CONGRESSO NAZIONALE FIMP 2016

1
2016



PACINI EDITORE MEDICINA

Carlotta Montagnani

Spedite pediatrico Anna Meyer, Firenze

Zika virus

Cosa bisogna sapere

Lo Zika virus, appartenente alla famiglia dei *Flaviviridae*, è stato isolato per la prima volta nelle scimmie nel 1947 nella foresta Zika in Uganda e nell'uomo nel 1968 in Nigeria. È trasmesso principalmente dalle zanzare del genere *Aedes*, stesso vettore della febbre Dengue e Chikungunya. Negli ultimi anni in Italia abbiamo assistito a una rapida diffusione dell'*Aedes albopictus* (zanzara tigre). La presenza di questo vettore rende possibile la trasmissione dello Zika virus, così come di altri *Flavivirus*, anche nel nostro Paese. Lo Zika virus può essere più raramente contratto anche attraverso trasfusioni di sangue, rapporti sessuali (per la presenza del virus nello sperma) e per via transplacentare. Fino al 2007 erano stati riportati solo casi sporadici di infezione da Zika virus in Africa e in alcune aree del Sud-est asiatico, mentre successivamente sono state descritte varie epidemie in diverse isole del Pacifico, la più grande delle quali nel 2014 in Polinesia francese. Nel maggio 2015 è stato identificato il primo caso di infezione da Zika virus in Brasile e da quel momento il virus si è rapidamente diffuso in America latina. È stimato che in Brasile siano state colpite più di un milione di persone e casi di infezione da Zika virus sono stati

Zika virus, appartenente alla famiglia dei *Flaviviridae* è stato isolato per la prima volta nelle scimmie nel 1947 nella foresta Zika in Uganda e nell'uomo nel 1968 in Nigeria

riportati in altri 22 paesi dell'America latina. Negli Stati Uniti e in Europa sono stati descritti casi sporadici di importazione, di cui, nel 2015, 4 in Italia. Le manifestazioni cliniche sono aspecifiche e rientrano nel quadro di una sindrome similinfluenzale di modesta entità. Dopo un periodo di incubazione di 3-12 giorni, possono manifestarsi febbre, cefalea, artromialgie, congiuntivite non purulenta e una eruzione cutanea maculopapulare che compare al volto per poi diffondersi a tutto il corpo. Si stima che circa il 75% dei casi di infezione decorrano in maniera asintomatica, contribuendo al diffondersi del virus. Durante le recenti epidemie in Polinesia francese e in Brasile è stato descritto un aumento dei casi di sindrome di Guillain-Barré. Da ottobre 2015, in Brasile, è stato inoltre descritto un importante incremento dei casi di microcefalia nei neonati. Precedentemente veniva-

Emilio Iannotta¹,
Rossella Iannotta²

¹ Pediatra di Famiglia, ASL Caserta;
² Specializzanda Pediatrica, Università cattolica Sacro Cuore di Roma

Può l'infanzia negata sfociare nel maltrattamento minorile?

Dal mio osservatorio privilegiato di Pediatra di Famiglia con esperienza professionale ormai trentennale, voglio invitare alla riflessione su di un tema che diventa sempre più attuale e impegnativo: l'infanzia negata. Assistiamo inermi e impotenti a tutta una serie di stimoli, messaggi subliminali, campagne pubblicitarie poste in essere dalle multinazionali del commercio e dai moderni mezzi di comunicazione – in particolare Internet e social – che in definitiva stanno accorciando sempre più l'età dell'infanzia, della spensieratezza, della tranquilla e progressiva maturazione in seno al calore e alla sicurezza della famiglia. E, purtroppo, le cronache giornalistiche riferiscono con allarmante frequenza di fenomeni quali la baby prostituzione o il bullismo minorile. Inoltre tutte le analisi dei mutamenti comportamentali dei giovani evidenziano un abbassamento progressivo dell'età dei primi rapporti sessuali, la tendenza alla promiscuità degli stessi e l'altissima percentuale di minori che fumano, fanno uso di alcol o di droghe leggere, spesso in gruppo e con scarso grado di consapevolezza. Ancora, se diamo un'occhiata ai profili, alle foto e a quanto postato dai ragazzini, spesso ancora prepuberi, sui social percepiamo senza dubbio questa corsa a bruciare le tappe e anche la tendenza da parte di minori a rapportarsi con superficialità con adulti, talvolta sconosciuti e dalle incerte e non sempre benevoli intenzioni. Perciò il confine tra l'infanzia negata e il maltrattamento minorile può essere davvero molto, molto labile. Per maltrattamento sui bambini e gli adolescenti s'intendono, in accordo con il *The world health report 2002*, tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento

commerciale o altro che comportano un danno reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere. Il maltrattamento minorile è un fenomeno frequente, sottostimato e che oggi rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nei paesi ad alto tenore di vita per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime e sulla società di cui fanno parte. Dati recenti relativi all'abuso sui minori nella Regione Europea della OMS indicano che almeno 850 bambini sotto i 15 anni muoiono ogni anno a causa di maltrattamenti. Pertanto prevenire e contrastare tale fenomeno deve essere una priorità nella programmazione degli interventi socio-educativi e assistenziali e richiede un'azione congiunta e condivisa di istituzioni sociali, sanitarie ed educative allo scopo di accrescere la sensibilizzazione e la consapevolezza su questo tema. È certamente essenziale un rinforzo della formazione di pediatri, insegnanti, terzo settore affinché migliori la capacità di riconoscere, ridurre/rimuovere le condizioni di disagio sociale, sanitario, educativo che rappresentano fattori di rischio specifici e che vengano messi in atto interventi precoci e condivisi di protezione e di recupero del bambino e della famiglia. Intervenire sul nucleo familiare con tempestività, è certamente indispensabile in quanto il fenomeno del maltrattamento di bambini e adolescenti è certamente acuito dalla crisi dell'istituzione "famiglia" che solo in parte può essere giustificata dalle difficoltà economiche che interessano

Abstract del IX Congresso Nazionale FIMP 2015

SVEZZAMENTO CON DIETA MEDITERRANEA A NAPOLI

R. de Franchis^{1,2}, F. Albano¹, L. Bozza¹, P. Canale¹, M. Chiocchio¹, C. Ciarla¹, P. Cortese¹, A. D'Avino^{1,3}, M. De Giovanni¹, M. Dello Iacovo¹, A. D'Onofrio¹, A. Federico¹, N. Gasparini¹, G. Romano¹, M. Tedesco¹, P. Toscano¹, G. Vitiello¹, D. Bruzese⁴

¹ Pediatrici di famiglia FIMP Napoli; ² Coordinatore gruppo di lavoro FIMP Napoli, Dieta Mediterranea in pediatria; ³ Segretario provinciale FIMP Napoli; ⁴ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Napoli "Federico II"

Introduzione

I benefici della Dieta Mediterranea (DM) sulla salute generale di un individuo sono ampiamente dimostrati. Nel corso degli ultimi decenni sono stati condotti numerosi studi che evidenziano come le sane abitudini alimentari svolgano un ruolo fondamentale nel prevenire malattie croniche importanti. La DM è stata dimostrata essere il miglior modello alimentare per la prevenzione di malattie cronico-degenerative come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità e il cancro.

L'Italia, dove la DM è nata, si sta allontanando sempre più da tale stile alimentare, con il dilagare di abitudini dietetiche scorrette (eccessivo intake calorico, eccessivo utilizzo di grassi animali, di sale, di materie raffinate a discapito di frutta, verdura, carboidrati complessi, olio extra vergine di oliva, pesce azzurro, legumi e fibre) sin dai primi anni di vita.

Tali comportamenti alimentari errati hanno fatto sì che l'Italia abbia l'incidenza più alta di obesità infantile in Europa. Tra le regioni italiane la Campania, che è

culla della DM, ha il tasso più elevato di obesità in età pediatrica.

Tale situazione, che ormai si può definire "epidemic", determinerà negli anni a venire un drammatico incremento delle patologie su menzionate.

Nonostante le evidenze scientifiche abbiamo quindi ben definito il ruolo preventivo svolto dalla DM nei confronti di patologie gravi e invalidanti, l'aderenza dei bambini alla DM in Italia è molto scarsa, assestandosi all'incirca intorno al 5% tra gli 8 e 9 anni.

I pediatri di famiglia della Provincia di Napoli hanno costituito un gruppo di lavoro denominato "Dieta Mediterranea in Pediatria", che si propone di promuovere la DM come corretto stile alimentare agendo sulle abitudini alimentari della madre già durante l'allattamento e proseguendo poi sul bambino fin dalle prime fasi dello svezzamento.

È stato infatti dimostrato da recenti studi, che il gusto del bambino è condizionato dall'offerta di cibo che riceve nelle fasi iniziali dello svezzamento. È quello il momento in cui egli riceve il proprio "imprinting" al gusto. Le preferenze alimentari acquisite in questa epoca saranno poi mantenute nelle successive fasi della vita.

Materiali e metodi

Diciassette pediatri di famiglia della FIMP Napoli hanno definito uno schema di svezzamento con DM da proporre a lattanti tra i quattro e i sei mesi di vita. Tale schema utilizza solamente cibi freschi, naturali, proposti in base alla stagionalità, in linea con quanto previsto dalla DM. Un adeguato apporto di legumi e pesce, oltre che di spezie ed erbe aromatiche, caratterizza questo schema. In un anno vengono arruolati 300 lattanti

(150 casi e 150 controlli) per ottenere una potenza dello studio pari al 90%. In maniera alternata, i lattanti vengono svezzati uno (casi) con lo schema DM e l'altro (controlli) con lo schema utilizzato in passato dal pediatra. Il tempo dedicato al rinforzo del messaggio e ai controlli è quello utilizzato storicamente dal pediatra, mentre ai casi, in occasione dello svezzamento, e poi di ogni bilancio di salute, c'è un momento dedicato a verificare che le abitudini alimentari siano corrette e in linea con la DM. Gli strumenti utilizzati per la rilevazione dei dati sono: questionari, punteggio kidmed per la valutazione dell'aderenza alla DM, rinforzo verbale. Ai genitori viene somministrato un questionario prima dello svezzamento e dopo 36 mesi, al fine di monitorare le variazioni delle abitudini alimentari familiari. I casi ricevono i questionari all'inizio dello studio e poi a 12, 24 e 36 mesi. I controlli sono valutati all'inizio dello studio e a 36 mesi. I parametri ausologici del bambino sono regolarmente monitorati dal pediatra di famiglia.

Scopo del progetto

Molto si sa della DM e dello stile di vita a essa correlato in età adulta, mentre non siamo a conoscenza di studi scientifici che abbiano dimostrato il ruolo della DM introdotta nella prima infanzia e dei suoi benefici nel tempo. È invece scientificamente dimostrato come

il gusto del bambino si definisca nelle primissime fasi della sua vita. Scopo del presente progetto è, quindi, dimostrare come lattanti alimentati con sapori naturali e cibi tipici della DM mantengano questo gusto nel tempo, con un conseguente controllo anche dell'obesità e di altre patologie cronico-degenerative. Ci si propone, inoltre, di rilevare modifiche delle abitudini alimentari familiari e modifiche del BMI dei casi, rispetto al gruppo controllo.

Discussione

Questo intervento, già attualmente in corso tra i pediatri di famiglia napoletani facenti parte del gruppo "Dieta Mediterranea in Pediatria", si propone di diffondere, attraverso lo svezzamento, corrette abitudini alimentari, in linea con lo "stile di vita" proposto dalla DM. Gli attesi risultati positivi lasciano intravedere ampie applicazioni: il miglioramento delle abitudini alimentari di intere famiglie, grazie al modello educativo fornito dal bambino, con conseguente riduzione del tasso di obesità infantile e della morbidità in età adulta. Per "vivere bene" il ruolo dello svezzamento con DM è sicuramente rilevante. Il nostro lavoro ne sta valutando la reale efficacia. Il ruolo del pediatra di famiglia si conferma fondamentale nell'educazione alimentare delle famiglie.

IL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA AUDIOLOGICA DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA IN FRIULI VENEZIA GIULIA: I PRIMI RISULTATI

F. Ruta¹, R. Marchi², P. Bolzonello², M. Murador², L. Favaro², G. Scomavacca¹, D. Lizzi¹, G.M. Pizzul¹, F. Ceschin¹, E. Orzan³

¹ Pediatra di famiglia, Friuli Venezia Giulia; ² Centro di Audiologia e Foniatria, Azienda Ospedaliera Sanna Maria degli Angeli, Portofranco; ³ SC di Audiologia e Otornolaringoiatria, IRCCS Burlo Garofalo, Trieste

Lo screening uditivo universale occupa un ruolo centrale in audiologia pediatrica, perché ha lo scopo di

identificare i deficit uditivi permanenti entro i primi mesi di vita. Tuttavia anche se efficaci, non è sufficiente da solo, perché alcuni bambini presentano forme di ipoacusia progressiva o a insorgenza tardiva o neuropatie uditive con sviluppo successivo di deficit uditivo permanente.

Da tale evidenza nasce la necessità di un programma di vigilanza e sorveglianza sullo sviluppo uditivo e linguistico del bambino.

Nel nostro Sistema Sanitario Nazionale il pediatra di famiglia è una figura fondamentale perché, nel corso dei bilanci di salute, può individuare e inviare ai servizi di competenza i bambini con sospetto di deficit uditivo. Il programma regionale del Friuli Venezia Giulia ("identificazione precoce del danno uditivo permanente in

di incidente domestico con il gruppo di istruttori e con il pediatra ospitante nello studio che proiettava il video. A fine mattinata le mamme compilavano un **questionario di valutazione del corso**, i cui item erano:

1. Ritiene valida questa iniziativa del suo pediatra di famiglia?
2. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di conoscenza?
3. Come valuta l'**efficacia** di questa attività per la sua vita di tutti i giorni?
4. Ritiene che il suo bambino da oggi sia più tutelato rispetto a eventuali pericoli domestici?
5. Vorrebbe partecipare ad altri incontri di questo genere nello studio del suo pediatra di famiglia?
6. Le esercitazioni pratiche sono servite e sono state sufficienti a renderla in grado, in situazioni di emergenza, di realizzare il soccorso?

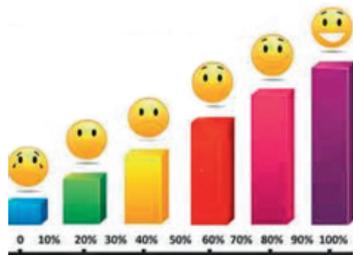
Le risposte al questionario erano riportate e valutate attraverso una scala di valutazione in percentuale, in cui il piano, da un lato, rappresentava l'assoluta inadeguatezza e quindi la scarsa performance degli istruttori, il sorriso, dall'altra, rappresentava la perfetta comprensione delle manovre e l'adeguata compliance degli istruttori.

Risultati

Hanno preso parte al corso 376 mamme i cui bimbi sono nella lista di convenzione di 3 pediatri di famiglia, di cui 2 sono istruttori di PBLs.

Figura 1.

Improvement Scale.



Tra le signore convenute nei nostri ambulatori, il 93% delle mamme ha risposto positivamente, con una percentuale tra 80 e 100% di sorriso. Il restante 7% mostrava percentuali tra il 50% e il 70% della scala del sorriso. Nessuna percentuale si è verificata al di sotto di 50%. Ci siamo ripromessi di rivalutare e di riapprocciare il problema con questo 7% delle mamme, nel quale, probabilmente, l'emotività ha giocato un ruolo predominante.

Conclusioni

Noi pediatri di famiglia di Napoli abbiamo sempre pensato che condurre dei gruppi di apprendimento nei nostri studi, avendo come discenti le mamme, potrebbe cambiare molto in termini di efficienza ed efficacia dell'intervento sanitario. Potrebbero essere condotti gruppi di ascolto per patologie (febbre, convulsioni, parassitosi ecc.) o gruppi di lettura, o gruppi di intervento con specialisti della materia, per l'autismo o altro. Purtroppo i nostri propositi si scontrano con l'acuto banale che riempie i nostri studi e a cui stampa, mass-media e ospedali danno grande rilievo, ma che tuttavia sottrae tempo a infinite altre possibilità terapeutiche e gestionali del paziente.

RIAPPROPRIAMOCI DEI NOSTRI DATI

L. Cioffi¹, R. Limauro¹, E. Farris¹, G. Vallefucio¹, R. Sassi¹, A. D'Onofrio¹, F. Carlomagno¹, R. De Franchis¹, V. Bianco¹, P. Metafora¹, P. Donadio², G. Argo¹, A. Esposito¹, P. Sabetti¹, V. Di Crosta², A.E. Marigliano¹, P. Gallo¹

¹ Centro Studi Scientifico FIMP Napoli; ² Pediatra di gruppo

Premessa

La possibilità di disporre di dati derivanti dalla pratica quotidiana dei pediatri di libera scelta (PLS), rappresenta una risorsa unica:

- per lo studio delle singole patologie;
- per l'approfondimento delle dinamiche relative ai vari aspetti dell'assistenza sanitaria;
- per valutare lo stato di salute della popolazione.

La pediatria di famiglia segue quotidianamente, nei suoi bisogni assistenziali, un target di popolazione con caratteristiche molto articolate e specifiche, i cui bisogni assistenziali ancora oggi oggetto di una minore attenzione specifica rispetto alla popolazione generale, per i quali le risposte terapeutiche sono spesso mutate dalle conoscenze sugli adulti e, nell'ambito di questa popolazione con caratteristiche così specifiche, poco si conosce dei carichi assistenziali dei bambini con i problemi caratteristici delle età 0-14 anni. L'intera Nazione Italia, ma anche volta per volta Regione, Comune e ASL hanno come finalità di raccolta dati essenzialmente:

- la valutazione epidemiologica;
- l'analisi della CUSTOMER SATISFACTION;
- le principali caratteristiche della casistica;
- le stime di prevalenza e di incidenza;
- la valutazione economica;
- l'analisi della spesa;
- la valutazione della performance del sistema sanitario in termini di:
 - efficienza;
 - sicurezza;
 - appropriatezza;
 - outcome.

Le ASL, che pure si trovano a fronteggiare un aumento continuo del numero di pazienti, una domanda crescente

di qualità delle cure, la necessità di identificare opportunità che consentano di ridurre i costi, l'urgenza di gestire le risorse in modo efficace, dovrebbero poter avere accesso a informazioni in tempo reale e poter accedere a una panoramica completa delle informazioni sui pazienti. Il che non è realizzabile, perché le informazioni sono archiviate in formati diversi nei vari tipi di sistemi in uso.

Anche l'Università per avere una consistente numerosità del campione statistico necessita dei dati della pediatria di famiglia per l'impossibilità di raccogliere, nei reparti, la numerosità per:

- studi sperimentali;
- studi di coorte di grande numerosità di campione;
- studi epidemiologici.

E inoltre per la pediatria di famiglia? Grazie ai nostri database (Infantia, Junior Bit, Kappamed) riusciamo ad accedere, se vogliamo, ai dati dei nostri pazienti con pochi clicks. Ognuno di questi database dispone infatti, per ogni singolo paziente, dei dati integrati di:

- farmaceutica;
- accessi;
- specialistica/diagnostica;
- ricoveri ospedalieri.
- consentendo di analizzare la storia assistenziale della nostra fascia di popolazione sotto il profilo:
 - epidemiologico;
 - socio-sanitario;
 - economico.

Il nostro grande problema è però il dover adoperare un ICD9 generico, e non pediatrico, per classificare le nostre patologie!

Materiali e metodi

Abbiamo dunque deciso, come Centro Studi Scientifico FIMP Napoli, di riappropriarci dei nostri dati strutturando un ICD9 pediatrico, cominciando dalle patologie respiratorie. Stiamo procedendo progressivamente per sostituire l'ICD9 generico con un ICD9 pediatrico. Questa scelta organizzativa ci consentirà, negli anni, di poter meglio raccogliere i nostri dati con parametri di confrontabilità e di sistematicità, senza troppe variabili confondenti. Abbiamo cominciato la nostra raccolta dati quest'anno confrontando i dati di accesso di 17 pediatri di famiglia. Abbiamo considerato gli accessi



Home

Ultimo Fascicolo

Archivio

Comitato Editoriale

La Società

Contatti

Multimedia

Cerca

cerca



NOTIZIE PRINCIPALI il medico pediatra

Ide conestis minis dus, cus, ulpa et estiae voles dolessit...
met offatquaie pernatium est, utem ea simagni hillantia volum aut verrore rferum
ut dolum quisquodit eost abo. Volum eium laborendae si or... saecatem
voloritae eariorepel ius ma de nobit ve... dit, t... dol... a tiisti... im ilit vel
mi, quidis as et dolorati anis exesequ... rae dol... er quatum... spero cus
vellaborem laut am quibusae. Et voluptat... ndips... perum... es m... um qui of-
ficiento vel most, verititur rae num d... ffic...
Otatquae pro maiorro eatorist laut... eum... ut o... d... quae dolorrumque
apient exere nesti ut quis... non... aut... ptas... in que voloraeptate que
v... est atet, ... inv... e... e... essum... elist et ad etrem id quibus illab
in... i... aepu... um... Nem... t, con... ptasit quiaspic te est ea plibus delit
por... ni de... mincter... s... enim... qui blabo. El eatu ipsame et delent volupta
alit, ... is e... quam, ... omniminte volupti inumenis atia diost quia simos es aciae
... e... in e... i... ust orruntur, secte eos re, omnihitis eventi re maxim
... dolore... st, am veliquis dis ditionsequat a et quodisin... sae velen-
dige... Nemquiant renia voloreh enihill ignatum lam facips... enet acculpa

IL SALUTO DEL DIRETTORE



Multimedia

Il medico pediatra su Facebook!

Collegati alla nuova pagina Facebook della rivista e clicca Mi piace per essere sempre aggiornato sulle novità



Informazioni per gli autori

Norme generali

Categorie articoli

Per informazioni sull'invio di articoli contattatoci a XXXXXXXX

Multimedia



Iscriviti alla e-newsletter dedicata alla rivista

FUTURO



**Maggiore visibilità delle
attività della FIMP**

**Maggiore partecipazione
dei responsabili FIMP**



ASPETTO

I VOSTRI CONTRIBUTI

«SPONTANEI»

Dario Pavesio

Fondatore della FIMP e della Pediatria di Famiglia

Emanuele Varaldo

Pediatra di Famiglia, Savona

Mercoledì 24 febbraio è mancato a Torino il professor Dario Pavesio, un grande lutto per la Pediatria italiana, di cui ne è stato uno dei grandi protagonisti. Alla moglie Luisa Mosso, anche lei per lunghi anni Pediatra di Famiglia, alle figlie Silvia e Laura, all'amata Nipote Luisa, alla cognata Laura Mosso, ai parenti tutti le più sentite condoglianze da parte dei Pediatri italiani che gli sono debitori.

Per ricordare Dario Pavesio di seguito riporto alcune note biografiche tratte dal libro della professoressa Laura Mosso in occasione degli ottanta anni: *Dario Pavesio. Un protagonista della Pediatria italiana*, Araba Fenice, aprile 2014.

Riporto anche un ricordo sulla nascita della FIMP, sempre tratto dal libro sopra citato, che ha visto in Dario Pavesio uno dei fondatori più significativi, dove per primo ha ricoperto la carica di Tesoriere e ha contribuito alla nascita e alla crescita della Pediatria di Famiglia.

Dario Pavesio nasce a Torino, il 25 gennaio 1934. Nel luglio 1958 si laurea in Medicina e Chirurgia, discutendo una tesi di pediatria sulle transaminasi nel neonato immaturo.

... S'iscrive alla specialità di Pediatria dell'Università di Torino.

Il 19 luglio 1960 termina la scuola di specializzazione e decide di continuare a lavorare in ospedale, presso la Clinica Pediatrica Regina Margherita.

Nel marzo 1960 inizia il servizio in Clinica Pediatrica, come volontario.



... L'ospedale è l'ambiente congeniale per Pavesio e ben presto si convince che l'ospedale è la sua vera casa, dove può sperimentare, dialogare e confrontarsi con gli altri medici specialisti, studiare, diagnosticare tantissimi tipi di malattie e curare moltissimi bimbi provenienti dalle varie regioni italiane e dall'estero. ... È naturalmente portato all'insegnamento (dote che sarà sempre una costante della sua attività professionale), e inizia la carriera universitaria nel novembre 1964 con la nomina ad assistente universitario presso la Cattedra di Pediatria dell'Università di Torino, impegno che abbandonerà nel 1968, quando sarà nominato aiuto ospedaliero e sceglierà definitivamente questa carriera, perché l'ospedale è il suo mondo. ... Nel 1966 ottiene la libera docenza in Pediatria, a seguito di concorso nazionale.

... Durante il suo lungo servizio di primariato al Regina Margherita di Torino sarà un punto di riferimento per tutto il Piemonte, e non solo.

... Dal 1972, anno di nomina a Primario ospedaliero, e fino alla pensione (26 gennaio 2001) sarà sempre in servizio al Regina Margherita di Torino a tempo pieno, ricoprendo dal 1998 l'incarico di Direttore del Dipartimento di Pediatria ospedaliera, mente pensante, sempre disponibile a essere una guida sicura e a dare consulenza e supporto ai pediatri che si rivolgono a lui. Riuscirà a creare una vera e propria rete di comunicazione tra i pediatri: ha una preparazione enciclopedica e spesso riesce a dare al collega non solo il consiglio pratico necessario, ma anche il riferimento chiaro.

... Notevole è l'attività scientifica, documentata da oltre 200 pubblicazioni su argomenti di pediatria e di pericultura.

Oltre che al forte impegno in ospedale ha contribuito anche alla nascita della Pediatria di Famiglia, partecipando alla fondazione della FIMP (nota 1) e, pur non essendo convenzionato, diventando una importante figura di riferimento e di sostegno al nostro progetto nascente, perché credeva fermamente che una buona Pediatria di Famiglia avrebbe contribuito a migliorare la qualità della assistenza pediatrica in generale.

NOTA 1

Il 21 febbraio 1971 a Torino, in una sala dell'Albergo Principi di Piemonte, alla presenza del Notaio Domenico Picca si costituisce la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) a livello nazionale.

I fondatori sono:

Gian Cesare Lamberto (Torino) Presidente Nazionale
 Giorgio Fox (Torino) Segretario Generale
 Dario Pavesio (Torino) Tesoriere
 e poi Ernesto Bani (Pisa), Giorgio Cappitelli (Torino), Ergemone Clerici (Milano), Giorgio Di Giorgi (Torino), Carlo Fantaffi (Roma), Gianfranco Gianadda (Torino), Giuseppe Bombardini (Livorno), Angelo Pane (Catania), Carlo Ravazzoni (Genova), Ottavio Sernia (Torino), Carlo Aluffi (Sanremo), Luigi Amilano (Napoli), Carlo Bacchini (Lugo), Giandomenico

Costa (Reggio Emilia), Gino Frisoni (Rimini), Basilio Liuzzo (Palermo), Alfredo Lucca (Torino), Carlo Marchi (Modena), Adriano Spada (Cuneo), Giampaolo Taccini (Firenze).

NASCITA DELLA PEDIATRIA DI BASE IN ITALIA

Negli anni Sessanta non esisteva ancora il Servizio Sanitario Nazionale e non c'era il Pediatra di Famiglia. A Torino funzionava la Mutua pediatrica domiciliare e ambulatoriale del pediatra per i dipendenti Fiat (MALF). Lo stesso servizio specialistico di pediatria ambulatoriale e a domicilio esisteva anche in altre dieci città, tra cui Vigevano e Livorno.

Per la MALF (Mutua Aziendale Lavoratori Fiat) il pediatra curava i bimbi fino ai 9 anni ed era presente anche nelle colonie estive Fiat. Non era invece contemplata la figura del pediatra domiciliare nelle altre numerose mutue: INAM, Mutua Commercialisti ecc, dove la cura dei bimbi era affidata al medico generico ed era possibile consultare lo specialista pediatra solo nell'ambulatorio degli Enti mutualistici.

Pavesio, assieme all'amico Lamberto, fu determinante nella riforma dell'assistenza sanitaria nazionale e nella creazione della figura del Pediatra di Famiglia. Fu un lungo ed estenuante impegno, durato dieci anni (dal 1972 al 1982), e portato avanti con tenacia e lungimiranza. Per il professor Pavesio si poteva e si doveva migliorare la situazione, assicurare il miglior sviluppo fisico e mentale possibile del bimbo e lavorare per una pediatria sociale e preventiva efficace: era necessario affidare la cura dell'infanzia esclusivamente al medico specializzato in pediatria. Il suo obiettivo era quello di valorizzare la figura del pediatra e migliorare in Italia la salute dei bimbi e degli adolescenti.

Fu laboriosa e pesante la trattativa con il Governo, ma si riuscì nell'intento di valorizzare la preparazione del medico pediatra e di assicurargli l'esclusiva cura dai bimbi ...

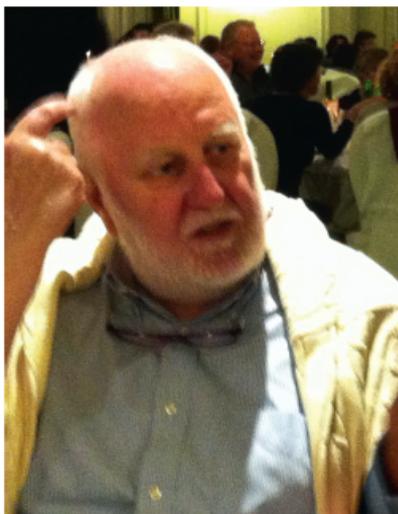
Per sostenere la richiesta di affidare al medico specializzato in pediatria tutti i bambini da curare sia a livello ambulatoriale sia a domicilio, a Torino i pediatri per ben sei mesi furono in sciopero.

... Il professor Dario Pavesio, che è da annovera-

Guido Brusoni

Michele Fiore

FIMP Liguria



"Ci ha lasciato Guido Brusoni che, fino all'ultimo, non si è arreso al terribile male che lo aveva colpito. Per me se n'è andato innanzitutto un amico, con il quale ho condiviso più di un pezzo del mio cammino. Una persona gentile e mite, ma allo stesso tempo determinata e tenace. Un pediatra amato per i suoi modi e per la sua capacità di rendere comprensibile a tutti la materia che trattava con così tanto amore. Un medico attento, impegnato nella vita sociale e politica della sua comunità, mosso dal desiderio di migliorarne le condizioni, fosse la sua città (anche come assessore nella Giunta Rosaia), fosse il suo quartiere, per il quale ha lavorato fino all'ultimo. Mi mancherà, ci mancherà quel suo modo delicato e quel suo sguardo capace di guardare sempre e comunque al futuro. Di guardare sempre, con coraggio e spirito di innovazione, sempre e comunque agli altri e al futuro. ... omissis...".

Volevo aprire questo ricordo di Guido Brusoni con le parole di Raffaella Paita, capogruppo Partito democratico in Regione Liguria, perché queste parole danno l'esatto quadro di chi fosse Guido. Laureato all'Università di Pisa, Brusoni era entrato nel sistema sanitario nel 1978. È stato dal 1993 al 1997 assessore all'ambiente e alla sanità della Giunta del sindaco Lucio Rosaia, di cui fu anche vice sindaco dal luglio al dicembre 1995. Un uomo impegnato a 360 gradi nella vita: Pediatra, Uomo pubblico, Sindacalista. Tutto con le iniziali maiuscole, come era il suo impegno.

Nella notte tra il 2 e il 3 febbraio 2016, dopo lunga

sofferenza, è venuto a mancare. Da tempo temevo di dover scrivere queste poche righe, per ricordare indegnamente un amico, un collega, un uomo con delle qualità non comuni per intraprendenza, tenacia, caparbità, intuizione e intelligenza. Il suo spirito indomabile alla fine ha dovuto cedere. Guido ha attraversato il panorama scientifico-sindacale pediatrico degli ultimi 35 anni portando idee, progetti, passione e impeto. Ha ricoperto incarichi a livello nazionale, regionale e provinciale. Tra le innumerevoli attività e progetti a cui ha lavorato nella sua intensa vita professionale, aveva contribuito alla costruzione del Gruppo di Studio di Pediatria delle Cure Primarie (GPCP) da cui sarebbe, poi, nata la prima società scientifica delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP). È stato per molti anni Direttore della nostra rivista FIMP, Il Medico Pediatra. È stato autore di molte pubblicazioni e guide inerenti la Pediatria di Famiglia; uno dei motori principali del *Manuale di Qualità della Pediatria di Famiglia*; co-autore della *Guida per la fa-*

miglia da 0 a 6 anni, a marchio FIMP. Guido è stato una persona speciale, come uomo e come medico. Molti di noi hanno potuto conoscere e apprezzare la sua vivace intelligenza, il suo coraggio, le sue capacità; aveva doti di analisi e di intuizione fuori del comune ed era stimolante disquisire con lui degli argomenti più vari, anche extraprofessionali. È sempre stato lungimirante, con grandi ideali professionali e umani. Gli amici e colleghi spezzini gli sono grati anche per i suoi grandi ideali lavorativi, per affron-

tare il nuovo modo di fare Pediatria e il tempo gli ha dato e gli darà ancora ragione. I colleghi Pediatri di Famiglia della Liguria lo ringraziano infinitamente per tutta l'attività svolta, sia a livello regionale che nazionale in favore della categoria.

È stato un onore e un piacere, per alcuni di noi, condividere con lui un tratto di storia professionale e umana. Sono sicuro che il suo spirito è già impegnato a organizzare qualcosa di buono per quando ci rivedremo.

Ciao Guido