FIMPNAPOLI Notizie

Federazione Italiana Medici Pediatri
Sezione Provinciale di Napoli

Aprile 2015

Copia riservata agli iscritti FIMP Napoli

Una Pasqua… di attesa

- *L'Editoriale*
- *Nota dal Regionale*
- *La FIMP e l'Osservatorio Dieta Mediterranea*
- *I pediatri e il Broncovaleas: il pediatra domanda, l'AIFA risponde*
- *FIMP Napoli e Città della Scienza insieme per il benessere dei bambini*
- *Bambini da amare, bambini da salvare*
- *FOCUS VACCINAZIONI: La situazione vaccinale nell'ASL NA3Sud.. vista da una pediatra di famiglia*
- *FOCUS VACCINAZIONI: Vaccini, anche i pediatri sbagliano*
- *ASL Napoli 3 Sud e Rappresentatività Sindacale*
- *I lavori dei pediatri di famiglia*
- *La striscia di Giulia*

L'Editoriale

a cura della Redazione

In questa lunga coda di inverno, con una primavera che stenta ad affacciarsi, ci avviamo a trascorrere qualche giorno di riposo insieme ai nostri cari.

Una Pasqua precoce, che speriamo possiate godere appieno insieme ai vostri affetti, che costituisce una sorta di intermezzo ai tanti temi sindacali attualmente sul tappeto.

Si è appena concluso il Congresso Nazionale della FIMP; un Congresso con pochi temi sindacali a causa delle incertezze che gravano sull'avvio della trattativa nazionale: le elezioni in diverse Regioni, la difficoltà a confrontarsi con la SISAC, la volontà di apportare modifiche a un decreto Balduzzi e, ancor più, a un documento della Conferenza Stato-Regioni estremamente penalizzanti, lo sciopero minacciato dalla FIMMG al quale, con molte probabilità, si aggancerà anche la FIMP.

L'avvio, per il momento ancora un sondaggio, di una "trattativa" regionale, dalla politica prospettata come una "opportunità" per i medici del Territorio, ma sulla quale ancora poco o nulla di concreto si riesce a mettere sul tappeto.

L'inizio, anche per i pediatri di famiglia, della fase di dematerializzazione della ricetta con le inevitabili difficoltà che potranno riscontarsi in questo primo mese di utilizzo dei nuovi add-on.

Un intermezzo anche ai tanti temi scientifici sui quali la FIMP Napoli sta lavorando: il calo inesorabile delle coperture vaccinali e le proposte per contrastarlo; la revisione, resa ineludibile dalle nuove normative, delle certificazioni scolastiche; la preparazione di un Congresso Scientifico che ancora una volta ci veda riuniti tutti a discutere di bambini e dei problemi a loro connessi.

Un intermezzo che speriamo ci regali un poco di riposo per fare il pieno delle energie necessarie ad affrontare le sfide che ci attendono. Sfide per le quali chiediamo il sostegno e l'aiuto di tutti voi, e lo faremo incontrandoci tra pochi giorni in Assemblea.

Sarà un piacere incontrarvi/ci.

Nel frattempo vi giungano i nostri più sinceri auguri per una Serena Pasqua.

NOTA DAL REGIONALE

Cari Colleghi,
tengo a comunicarvi che stiamo lavorando come direttivo FIMP Regione Campania ad elaborare le bozze per il futuro Contratto decentrato Regionale; agli incontri programmati sono invitati ed intervengono tutti i consiglieri regionali e tutti i membri dell'art. 24 regionale.
Con vero piacere sto assistendo e coordinando un gruppo molto attento e soprattutto molto proficuo e prolifico nell'ideazione e nel controllo di proposizioni che possano farci mantenere le prerogative professionali ed economiche nel rispetto di giusti tempi lavorativi e della qualità professionale.
Stiamo cercando di dare risposte a quelle che sono richieste che ci vengono sia dalla parte pubblica e soprattutto da Voi, viste le possibili derive che si potrebbero presentare.
A breve potremmo essere convocati per aprire le trattative e non vogliamo assolutamente farci trovare impreparati, vista anche l'apertura di credito della parte pubblica dataci al nostro congresso sindacale.

Il Segretario Regionale FIMP Campania – Fulvio Turrà

Regione Campania

Osservatorio Regionale per la Dieta Mediterranea

L.R. 6/2012

Il Presidente

CONVENZIONE PER COLLABORAZIONE SCIENTIFICA

Tra

L'OSSERVATORIO SULLA DIETA MEDITERRANEA

E

LA FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI

CONVENZIONE PER COLLABORAZIONE SCIENTIFICA

tra

La FEDERAZIONE Italiana Medici Pediatri, Sezione Campania, con sede legale in C.so A.Lucci 121, Napoli, Cod.Fiscale 04378441218, nella persona del suo Legale Rappresentante dott. Fulvio Turrà, nato a Napoli il 25/05/1955;

La FEDERAZIONE Italiana Medici Pediatri, Sezione di Napoli, con sede legale in C.so A.Lucci 121, Napoli, Cod. Fiscale *95018860635* , partita IVA *07678820635* , nella persona del suo Legale Rappresentante dott. Antonio D'Avino, nato a San Giovanni Valdarno (AR) il 16/09/1962 ;

e

L'Osservatorio sulla Dieta Mediterranea, con sede legale in Palazzo Capano, POLLICA (SA), nella persona del suo Legale Rappresentante dott. Vito Amendolara, nato a Bitonto (BA) il 19.06.1951

(la **Federazione Italiana Medici Pediatri** della Campania e di Napoli e **L'Osservatorio sulla Dieta Mediterranea,** di seguito sono definite "le Parti").

PREMESSO CHE

- Le Parti convengono di cooperare congiuntamente per perseguire finalità comuni di avanzamento della conoscenza e ampliare le attività di collaborazione scientifica e di ricerca;

- Nell' ambito delle attività scientifiche e di ricerca della Federazione Italiana Medici Pediatri della Campania rappresentata dal dott. Fulvio Turrà e della Federazione Italiana Medici Pediatri di Napoli rappresentata dal dott. Antonio D'Avino, l' Osservatorio sulla Dieta Mediterranea svolge un importante ruolo ai fini della ricerca sulla Dieta Mediterranea.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Ambito della convenzione

Le Parti convengono di operare congiuntamente per perseguire finalità comuni di avanzamento della conoscenza e della cooperazione scientifica, nell' ambito:

1. dell' approfondimento e divulgazione dei risultati della ricerca condotta dal FIMP o comunque collegata alla Dieta Mediterranea anche attraverso convegni di carattere scientifico,ricerche mostre culturali ed espositive:
2. della presentazione, partecipazione e gestione di programmi di ricerca finanziati, nazionali e comunitari;
3. dell' organizzazione di attività ed iniziative in comune nell' ambito della ricerca sul tema dello svezzamento con la Dieta Mediterranea;
4. delle attività di ricerca o formazione secondo le richieste proprie dell' **Osservatorio sulla Dieta Mediterranea.**

Art 2- Responsabili scientifici

Per quanto concerne la realizzazione degli obiettivi di cui all'Art.1, per ciascun progetto specifico ciascuna parte individuerà un Responsabile Scientifico.

Il Responsabile Scientifico della Federazione Italiana Medici Pediatri è la dott.ssa Raffaella de Franchis.

Il Responsabile Scientifico dell'Osservatorio sulla Dieta Mediterranea è il dott……..….

I suddetti Responsabili Scientifici potranno concordare i dettagli operativi per la realizzazione delle finalità della presente Convenzione e redigere idonei documenti programmatici descrittivi.

Art. 3 - Durata

La presente Convenzione entra in vigore alla data di sottoscrizione, ha durata annuale e si intende tacitamente rinnovata alla scadenza di ogni annualità. Ciascuna parte potrà comunicare all'altra la cessazione degli effetti della presente convenzione almeno trenta giorni prima del termine di rinnovo automatico, fatti salvi gli oneri e gli impegni sottoscritti ed eventualmente vincolanti anche oltre tale termine. I Responsabili potranno, ogni qual volta se ne rilevi la necessità, redigere documenti tecnici sulla base della presente convenzione, secondo quanto riportato all'Art. 2, il cui effetto potrà estendersi anche oltre il termine di validità annuale.

Art. 4 - Modalità attuative e rapporti economici

La presente Convenzione non comporta oneri economici non specificamente indicati per le parti. Per l'attuazione delle finalità di cui all'art. 1 della presente convenzione l'**Osservatorio sulla Dieta Mediterranea** formulerà apposito progetto da presentare alle competenti autorità regionali, nazionali , comunitarie

Art. 5 – Forma organizzativa

Ciascuna parte provvederà alle necessarie coperture assicurative del proprio personale che partecipa alle attività del programma di ricerca.

Art. 6 - Variazione del programma

Se nel periodo di validità del protocollo i risultati delle attività fossero tali da richiedere una modifica del programma di cui all'Art.1, essa dovrà essere concordata in forma scritta fra le parti su proposta dei Responsabili di cui all'Art.2.

Art. 7 - Divulgazione dei risultati della ricerca

I risultati delle ricerche e delle altre attività svolte potranno essere divulgati esclusivamente di comune accordo fra le parti. Le eventuali pubblicazioni dovranno comprendere l'esplicita dichiarazione che le attività sono state svolte nell'ambito della presente convenzione.

Art. 8 - Riservatezza

Ciascuna parte garantisce all'altra la riservatezza da parte del proprio personale per quanto attiene a informazioni e documenti riservati dei quali si venga a conoscenza nell'ambito del programma di ricerca e si impegna a non farne usi diversi da quelli necessari per l'esecuzione delle finalità della presente convenzione.

Art. 9 - Proprietà dei risultati della ricerca ed eventuali brevetti

Le Parti hanno il diritto di utilizzare, per le proprie necessità e scopi societari o istituzionali, le conoscenze acquisite nel corso dell'esecuzione dei programmi di ricerca e sviluppo. Nel caso in cui le attività dovessero dare luogo a conoscenze brevettabili, non riconducibili a brevetti depositati o in corso di brevetto alla data della stipula della convenzione, sarà cura dei Responsabili di cui all'Art.2 proporre, ai fini del loro eventuale sfruttamento, un accordo specifico fra le parti nel rispetto delle normative vigenti.

Art. 10 - Responsabilità delle parti

Ciascuna parte esonera e comunque ritiene indenne l'altra da qualsiasi impegno e responsabilità che, a qualsiasi titolo, possa a essa derivare nei confronti di terzi dall'esecuzione di attività derivanti o dei Contratti nel suo ambito stipulati da parte del proprio personale.

Art. 11 - Controversie

Le parti concordano di definire amichevolmente qualsiasi vertenza che possa nascere dalla interpretazione della presente convenzione. Nel caso in cui non sia possibile raggiungere un accordo, qualsiasi controversia sarà risolta mediante un collegio arbitrale composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti e il terzo, che fungerà da Presidente, dai primi due. Le decisioni del Collegio arbitrale saranno vincolanti per le parti.

NAPOLI li, _____

L'Osservatorio sulla Dieta Mediterranea
(Dott. Vito Amendolara)

_____

FEDERAZIONE Italiana Medici Pediatri – Campania
(Dott. Fulvio Turrà)

_____

FEDERAZIONE Italiana Medici Pediatri – Napoli
(Dott. Antonio D'Avino)

_____

I PEDIATRI E IL BRONCOVALEAS : il pediatra domanda, AIFA risponde

Domanda

Spett.le AIFA,

sono un pediatra e vi scrivo a proposito dell'assurda nota divulgata sull'utilizzo del broncovaleas gocce. Ciò che vi chiedo cortesemente è se è possibile prescrivere il broncovaleas sotto i due anni di età con ricetta dematerializzata , non constatando al momento nessuna limitazione da parte del MEF nella prescrizione oppure si deve prescrivere solo con ricettazione bianca a carico dell'assistito

Risposta

Gentile dott……, in merito al suo quesito inoltratoci dai colleghi del Portale Aifa desideriamo comunicarle che l' Aifa non ha alcuna competenza sulla compilazione delle ricette dematerializzate.

Per quanto di nostra competenza riteniamo opportuno però ricordarle che il provvedimento a cui fa riferimento si è reso necessario quale misura di minimizzazione del rischio di sovradosaggio nei bambini per errore terapeutico ed anche al fine di favorire un uso appropriato del salbutamolo in età pediatrica, per garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente.

AIFA ha ritenuto quindi opportuno limitare l'uso della soluzione da nebulizzare ai bambini di età >2 anni, lasciando come possibilità terapeutica nei bambini più piccoli l'uso della sospensione pressurizzata per inalazione (sul mercato è attualmente presente *Broncovaleas 100 mcg/ spruzzo sospensione pressurizzata per inalazione),* per la quale non emerge rischio di sovradosaggio.

L' eventuale prescrizione di Broncovaleas in soluzione da nebulizzare ai bambini di età inferiore ai 2 anni si configura come utilizzo off label del medicinale e deve seguire la normativa specifica (assunzione di responsabilità, consenso informato, ecc.), oltre a non prevedere il rimborso da parte del SSN.

News

Fimp Napoli e Citta' della Scienza per la prevenzione in pediatria

Domenica 15 marzo è iniziata una collaborazione per la divulgazione di argomenti di prevenzione su vari settori pediatrici. Il gruppo di lavoro sulle "urgenze ed emergenze" ha aperto le giornate con le dimostrazioni di disostruzione da corpo estraneo ed accenni di rianimazione pediatrica, tenutesi nei locali della Città della Scienza nell' Officina dei piccoli, la manifestazione ha fatto parte del percorso didattico offerto nella giornata; come sempre l' argomento ha destato tra gli intervenuti laici, molto interesse, tanto da prevedere per il futuro altre analoghe giornate in date da stabilire.

Il sodalizio continuerà nelle prossime settimane con altri due eventi "le vaccinazioni" e "l' alimentazione pediatrica" a cura dei rispettivi gruppi di lavoro scientifici del sindacato; gli eventi verranno pubblicizzati nel sito di Citta' della Scienza e della Fimp Napoli, oltre che con sollecite comunicazioni agli iscritti.

L' auspicio è che la Fimp possa proseguire ed aumentare le sue partnership con altri enti ed istituzioni regionali sfruttando le forti potenzialità culturali e sindacali che le sono proprie.

BAMBINI DA AMARE
BAMBINI DA SALVARE
UNA MANOVRA SALVA LA VITA.

15 Marzo 2015
Città della Scienza Napoli

FIMP Napoli

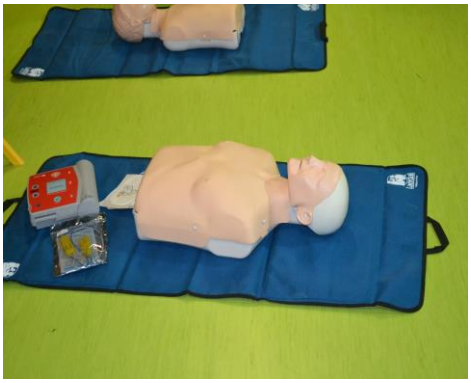
ALOI GIUSEPPE

D'AVINO ANTONIO

CARLOMAGNO FRANCESCO

FARRIS EVELINA

MARIGLIANO ASSUNTA EDMA



La situazione vaccinale nella ASL NA3 Sud …vista da una pediatra di famiglia

Come esponente del gruppo vaccini FIMP, mi è stato chiesto di partecipare come relatore all'ultima giornata di aggiornamento professionale della ASL Napoli 3 Sud, che si è tenuta a Brusciano sabato 21 febbraio.

La situazione di copertura vaccinale nella NA 3 Sud , composta da 13 distretti con 56 comuni, è estremamente variabile, passando da pochi distretti che svolgono molto bene il loro lavoro preventivo (distretto 34-Portici; distretto 57-Torre del Greco; distretto 59-Sorrento, Meta, Piano, S. Agnello, Vico E.) che hanno coperture soddisfacenti, anche oltre il 95%, a distretti con coperture davvero basse : il 49-Nola + 13 comuni e il 53-Castellammare di Stabia.

Purtroppo l'inadempienza e/o l'evasione vaccinale è una triste realtà che riguarda tutto il mondo industriale (Europa, USA, Canada), tanto che qualcuno ha detto : LE VACCINAZIONI SONO VITTIMA DEL LORO STESSO SUCCESSO.

Così è! Infatti laddove queste malattie sono state sconfitte e sono quasi scomparse certe malattie mortali e invalidanti come la polio, il tetano, la difterite, la pertosse, il morbillo, etc., l'attenzione del pubblico si è spostata, quindi non più paura delle malattie ma paura delle vaccinazioni!

Ma guai ad abbassare la guardia, il mondo è pieno di risvegli di queste terribili malattie …vedi oggi i casi di polio in Siria.

Le vaccinazioni rappresentano lo strumento per eccellenza a disposizione della sanità pubblica e restano il metodo più INNOCUO, più SPECIFICO, più EFFICACE e con un MINOR MARGINE DI ERRORE per il contrasto delle malattie infettive.

Inoltre l'iter per la costruzione, la sperimentazione, l'immissione sul mercato e il relativo monitoraggio di un vaccino sono molto più lunghi e complessi rispetto a qualsiasi altro farmaco. Rispetto al passato i vaccini di oggi hanno una carica antigenica notevolmente ridotta e non contengono più thiomersale.

Le vaccinazioni, inoltre, sono tra i LEA (livelli essenziali di assistenza) e il nostro piano nazionale vaccini prevede che la qualità vaccinale dipenda da 4 punti fondamentali:

1) strutturale
2) organizzativa
3) professionale
4) relazionale

E' dunque in quest'ottica che la figura del pediatra di base deve essere coinvolta, come ha recentemente scritto in un articolo su area pediatrica il dr. Alberto Tozzi (noto epidemiologo del Bambin Gesù): *"influire sui comportamenti delle persone è cosa assai complessa, ci vogliono competenze diverse che vanno dalla psicologia, alla sociologia, al marketing, ma non lasciate fuori il pediatra; sarebbe un grave errore lasciare fuori colui che vede le famiglie tutti i giorni, l'interlocutore più importante e più credibile ".*

Nel mese di luglio 2014 si è costituito, presso la NA3Sud un gruppo di lavoro per un progetto di recupero vaccinale così composto:

dr. Raffaele Palombino, direttore dell'U.O.C. del Serv. di Epidemiologia e Prevenzione

dr. Giancarlo Manetta, coordinatore del sistema informativo aziendale

dr. Roberto Sassi, pediatra di famiglia

e la sottoscritta d.ssa Giovanna Argo, pediatra di famiglia.

Si è proposto che ogni pediatra di famiglia della NA3Sud, in maniera volontaria possa partecipare al progetto di recupero di tutte le vaccinazioni, in età prestabilite, operando a favore sia dei propri iscritti che dei pazienti dei colleghi che non riterranno, per i più vari motivi, di partecipare.

L'elenco dei bambini da vaccinare sarà fornito dal centro vaccinale e confrontato con le vaccinazioni inserite nei libretti regionali, mentre il programma GEVA, in dotazione ai Centri Vaccinali, sarà in grado di fornire le generalità degli inadempienti per ciascun anno di nascita e per medico.

Le vaccinazioni potranno essere svolte presso il centro vaccinale, previo accordo con i direttori di distretto, in giorni e orari diversi dalla routine del Centro, con il personale infermieristico messo a disposizione dallo stesso Distretto.

Tale modalità sarà da preferirsi per garantire la catena del freddo nello spostamento dei vaccini, ma comunque si potrà scegliere di eseguire le vaccinazioni di recupero anche presso il proprio studio.

Il progetto ha una durata di due anni ed è in attesa di approvazione e di quantificazione economica per le spettanze del pediatra di famiglia coinvolto..

Il successo di questo progetto dipende, ancora una volta dalle volontà della dirigenza aziendale e dall'impegno che ognuno di noi vorrà/potrà metterci.

Noi ci crediamo perché, come sempre, PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE !!

Giovanna Argo

Rete Vaccini FIMP Napoli

?

VACCINI, anche i pediatri sbagliano

Sabato 21 febbraio, nell'ambito dell'aggiornamento obbligatorio aziendale, si è svolto per tutti i pediatri dell' ASL NA3Sud un incontro presso la sede di Brusciano. Argomento principe sono state le vaccinazioni e molto interessante è stata la relazione della dott.ssa Argo che si è soffermata in particolare sulla sicurezza dei vaccini che oggi impieghiamo. Aspetto molto importante per tranquillizzare i genitori ma anche noi pediatri.
Ricordiamoci che i vaccini sono i farmaci più studiati e "testati" in assoluto e con un livello di sicurezza non comparabile a nessun altro farmaco. Il dott. Palombino si è soffermato sui dati epidemiologici mentre il collega Sassi ci ha illustrato il progetto per il recupero dei non vaccinati. Questo progetto vede noi pediatri protagonisti in prima persona data la grave situazione esistente in alcuni distretti.
Nella discussione successiva 2 interventi in particolare mi hanno indotto a delle considerazioni, in quanto veicolo di affermazioni che possono diventare pericolose e fuorvianti.
Il primo è stato esposto da un collega del Distretto 59, penisola sorrentina. In questo distretto hanno le migliori coperture vaccinali di tutta la ASL per tutti i vaccini, superiori al 95%, tranne per il papilloma virus, poco oltre il 50%.
Questo è dovuto all'accordo aziendale per cui in penisola sono i pediatri ad occuparsi delle vaccinazioni. Grande lavoro da parte dei pediatri di famiglia di quell'area a dimostrazione della nostra capacità di penetrazione all'interno delle famiglie che ci affidano i propri bambini. Allora perché va tutto bene tranne per il papilloma? Ci ha spiegato uno dei colleghi di quel Distretto che loro stessi non "credono" nel vaccino HPV perché, a suo dire, i dati della letteratura sarebbero insufficienti. Sono andato, quindi, a rileggermi (ed invito i colleghi della penisola a farlo anch'essi) una bella revisione della dott.ssa Chiara Azzari, pubblicata sulla Rivista di Immunologia ed Allergologia Pediatrica del 2014 (RIAP 2014;3:2-9). In Italia ogni anno ci sono 3500 nuovi casi di cancro della cervice uterina e 1500 decessi, nonostante lo screening. Il vaccino si è dimostrato sicuro ed efficace sia come livelli anticorpali, nettamente superiori a quelli dovuti all'immunità naturale, sia soprattutto come prevenzione delle lesioni precancerose. Data l'esperienza decennale vi sono ormai numerosi studi internazionali che hanno dimostrato questo. Due per tutti pubblicati su riviste prestigiose: Gravitt PE. J Clin Invest 2011;121:4593-9, PowellSE. Vaccine 2012;3:109e 13.
Grazie a tali risultati si è deciso di ridurre il numero delle dosi a 2, invece delle solite 3, per il momento dagli 11 ai 14 anni. Inoltre vi sono numerosi lavori che dimostrano l'efficacia del vaccino quadrivalente anche per i condilomi acuminati, cancro dell'ano, della cavità orale, orofaringe, tonsille e cancro del pene. Per questo il vaccino viene già fatto anche nel sesso maschile negli USA, Canada, Australia ed Austria e Germania. Molto probabilmente a breve questa indicazione sarà estesa in tutta Europa.
Vorrei dunque complimentarmi con i pediatri della penisola sorrentina perché hanno dimostrato che i pediatri sanno fare educazione sanitaria in generale e per le vaccinazioni. Ma quando non ci "credono"? Allora devo ricordare loro che noi dobbiamo seguire una medicina basata sulle evidenze (EBM) e non sulle proprie credenze.
Il secondo intervento è stato quello di una collega la quale si è detta preoccupata dalla possibile relazione tra morbillo e autismo, ha invocato l'esistenza di un test genetico prevaccinale, capace di predire il rischio di autismo dopo vaccinazione.

E' vero che in internet si trovano cosiddetti test genetici con questa indicazione, ma non sono suffragati da alcuna documentazione scientifica. Sono decisamente inutili se non dannosi ed in alcuni casi vere e proprie truffe (www.vaccinarsi.org). Sono attualmente in corso studi sul polimorfismo genico ma hanno finora dato buoni risultati correlando la risposta dell'organismo al farmaco o al vaccino. Attualmente alcun test può predire effetti collaterali attribuibili a vaccinazioni.

Ed in questi giorni è stata, finalmente, posta una pietra tombale sulla bufala che correlava il vaccino antimorbillo all'autismo, mentre è balzato agli "onori" delle cronache il caso del decesso di una bambina, figlia di due medici (!), deceduta per panencefalite conseguente al morbillo contratto in assenza di vaccinazione.

Oggi Internet ed i movimenti antivaccinali stanno causando danni notevoli ai nostri bambini; tutti noi pediatri di famiglia dobbiamo moltiplicare gli sforzi per assicurare una informazione corretta e di qualità, indirizzata al benessere dei nostri bambini.

Giuseppe Aloi
Rete Vaccini FIMP Napoli

Calendario Vaccinale per la Vita 2014 (SItI, SIP; FIMP, FIMMG)

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇨	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa**	dTpaIPV	1 dose dTpa*** ogni 10 anni		
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV				
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B*			Ep B						3 Dosi: *Pre Esposizione* (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: *Post Esposizione* (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o *Pre Esposizione imminente* (0, 1, 2, 12)		
Hib		Hib		Hib			Hib								
Pneumococco		PCV13		PCV13			PCV13	PCV13^^			PCV13/PPV23 (vedi note)			PCV13	
MPRV								MPRV			MPRV				
MPR								MPR			*oppure* MPR + V	MPR *oppure* MPR + V	2 dosi MPR**** + V (0-4/8 settimane)		
Varicella									V						
Meningococco C								Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato			MenACWY coniugato 1dose			
Meningococco B		Men B	Men B		Men B			Men B	Men B						
HPV												HPV°: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino); fino a età massima in scheda tecnica			
Influenza						Influenza°°						1 dose all'anno		1 dose all'anno	
Herpes Zoster															1 dose#
Rotavirus		Rotavirus##													
Epatite A									EpA###			EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)	

	Cosomministrare nella stessa seduta		Opzioni di cosomministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate
	Somministrare in seduta separata		Vaccini per categorie a rischio

ASL NAPOLI 3 SUD E RAPPRESENTATIVITA' SINDACALE

regione campania
aslnapoli3sud

SEDE LEGALE

VIA MARCONI N. 66 – 80059 TORRE DEL GRECO
COMMISSARIO STRAORDINARIO
Tel. 081.8490645 – FAX 081/8826025 – PROTOCOLLO@PEC.ASLNAPOLI3SUD.IT

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0037402 del 24/03/2015 - 14:11

0001942665

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0037652 del 25/03/2015 - 09:39

0001944039

Al Segretario Provinciale CIPe Napoli
Dott. Michele Saviano

Al Segretario Provinciale FIMP Napoli
Dott. Antonio D' Avino
LL. Sedi

p.c.
Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la tutela della salute
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Direttore Generale
Dott. M. Vasco

Regione Campania – Tutela della Salute
Al Dirigente dell' UOD 13 Personale del SSR
Dott. Antonio Postiglione
Dg04.uod13@pec.regione.campania.it

Regione Campania – Tutela della Salute
Al Dirigente dell' UOD 04 Assistenza Territoriale
Dott. Aurelio Bouchè
Dg04.uod04@pec.regione.campania.it

Al Presidente
Comitato Regionale ex art. 24 CAN di Categoria
Prof. Bruno Zamparelli
Fax 081.7969359

Al Direttore Servizio G.R.U.
Dott. Esposito Giuseppe
LL. Sedi

Oggetto: rappresentatività sindacale per la Pediatria di libera scelta nel Comitato Aziendale ex art. 23

Preso atto che con nota prot. 0651390 del 02.10.2014 il Settore Regionale di Competenza sanciva il diritto dell' Organizzazione Sindacale C.I.P.e. alla partecipazione al Comitato Aziendale di cui all' art. 23, ai sensi dell' art. 22 comma 11 dell' ACN di P.L.S., trasmettendo la stessa a Tutti i Direttori Generale dell' AA.SS.LL. Regionali.

Preso atto che con nota prot. 51816 del 27.01.2015 la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale , in riscontro a specifico quesito posto con nota prot. 1395 del 07.01.2015, nel confermare quanto già espresso con la nota sopra indicata, rappresentava che un "*...ulteriore requisito per la partecipazione ai Comitati Aziendali è la " rappresentatività sindacale" determinata dalla consistenza associativa e normata dai commi 2, 4, 5 e 6 dell' Art. 22 dell' ACN vigente della Pediatria di Libera Scelta ai quali fare riferimento in assenza di specifica norma nell' AIR vigente*".

Preso atto che con nota prot. 35270 del 19.03.2015 della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale a firma del Dirigente UOD 04 dr. Aurelio Bouchè, in riscontro ad un ulteriore specifico quesito posto da questa Azienda con nota prot. 51816 del 27.01.2015, che *"...nel ribadire quanto già espresso con nota prot. 51816 del 27.01.2015, trasmetteva, in allegato, i pareri espressi dalla SISAC in materia e pubblicati sul sito istituzionale della stessa in data 11.05.2011 e 06.05.2011.*

Considerato quanto indicato dai commi 2, 4, 5 e 6 dell' art. 22 – Rappresentatività Sindacale dell' ACN del 23 marzo 2005, e specificamente quanto indicato dal comma 2 che stabilisce che "....*La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alla singole Aziende dai medici convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale. La decorrenza delle deleghe coincide con le ritenute accertate alla data del 1 Gennaio di ogni anno*", e dal successivo comma 4 che stabilisce: "*.....la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all' anno precedente a quello in cui si procede all' avvio delle trattative per il rinnovo dell' ACN*", e di quanto stabilito dal comma 5 "*.....la consistenza associativa è riferita ai dati rilevati all' anno precedente*"

Considerato i pareri SISAC allegati alla nota regionale sopra indicata e precisamente quello relativo alla composizione dei Comitati ex artt. 23 e 24 del ACN del 23.03.2005 pubblicato il 06.05.2011 dove viene specificato "....*Pertanto si conferma che la disciplina nazionale attualmente vigente stabilisce esclusivamente quale criterio da adottare nella composizione delle rappresentanze sindacali all' interno dei Comitati ex art. 23 e ex art. 24, la presenza di almeno un rappresentante per ciascuna organizzazione sindacale firmataria dell' ACN 29 luglio 2009,* ***purchè dotata di un terminale associativo domiciliato localmente ed in presenza di deleghe."***

Visto che al 1 Gennaio 2014 le deleghe conferite a questa Azienda dai medici convenzionati per la Pediatria di Libera scelta **sono di 138 unità per la FIMP** e **NESSUNA unità per la CI.Pe.**, così come certificato dal Responsabile dell' U.O. Personale Convenzionato con nota prot. 17215 del 10.02.2015, che si allega alla presente.

Per quanto suddetto, il Comitato Aziendale ex art. 23 PLS non può essere integrato, attualmente, da alcun rappresentante sindacale CIPe, in coerenza con quanto già disciplinato dal medesimo Comitato ex art. 23 Aziendale PLS nella seduta del 08.03.2012, a cui i rappresentanti sindacali CIPe dell' epoca, non hanno presentato alcuna osservazione in merito.

Si conferma, altresì, la composizione del Comitato ex art. 23 per la Pediatria di libera scelta ASL NA 3 SUD così come individuato nella Delibera Aziendale n. 365 di 27.05.2014 e succ. m.e.i.

Inoltre si da mandato al Direttore del Servizio G.R.U. di rideterminare le "Consistenze Associative" delle sigle sindacali per la Pediatria di Libera Scelta, FIMP e CIPe, al 1 Gennaio del 2015, per una aggiornamento delle stesse e per le conseguenziali valutazioni di competenza, per una eventuale successiva integrazione del Comitato Aziendale ex art. 23 per la parte sindacale a partire dall' annualità 2016.

Ai Direttori/Dirigenti Regionale, e al Presidente del Comitato Regionale ex art. 24 di categoria, si trasmette, la presente nota, per opportuna conoscenza delle determinazioni adottate da questa Azienda in materia, salvo diverse e successive valutazioni e disposizioni da parte degli organi Regionali di competenza.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Salvatore Panaro

Presidente ex art. 23 MMG e PLS
Dr. Pietro Serrigni

I lavori dei Pediatri di Famiglia

Abbattimento della prescrizione impropria di antibiotici e della spesa farmaceutica, attraverso l'impiego di un analizzatore POCT (Point Of Care Test) per la conta leucocitaria presso l'ambulatorio del Pediatra di Libera Scelta e del Medico di Medicina Generale

Luigi Cioffi, Donatella Del Gaizo, Raffaele Limauro

I batteri resistenti ai farmaci sono la causa principale di circa 25.000 decessi in Europa ogni anno, il cui impatto economico, tra spese sanitarie e perdita di produttività, è stato valutato in circa 1,5 miliardi di euro(1).

La resistenza agli antibiotici è in aumento sia in Europa sia in Italia, come attestano i dati presentati nel 2011 dal Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) e dall'Istituto Superiore di Sanità, e con essa aumenta il rischio di non poter disporre più di cure efficaci anche per le infezioni più lievi(2).

Per questo la Commissione Europea ha dato il via ad un piano quinquennale con l'obiettivo di eliminare l'uso inappropriato e irrazionale degli antibiotici ad uso umano e, per quanto riguarda l'agricoltura e gli allevamenti, l'impiego degli stessi in animali (3) e nell'industria alimentare.

Il consumo inappropriato ed eccessivo di antibiotici è alla base dello sviluppo dell'**antibioticoresistenza** . L'Italia è ai primi posti fra i Paesi Europei per consumo eccessivo e inappropriato di antibiotici.

Secondo quanto riportato nel rapporto **OsMed 2012** (4), alla sezione "**Malattie infettive ed uso inappropriato dei antibiotici"**, le condizioni cliniche per le quali si osserva più frequentemente l'impiego di antibiotici sono le **infezioni acute delle vie respiratorie (IAR)** e **le infezioni acute non complicate delle basse vie urinarie (IVU)**. Le **IAR** rappresentano circa il **75% degli interventi medici nella stagione invernale** ed un quarto del carico di lavoro complessivo **presso gli ambulatori di Medicina Generale**. **Le IAR presentano prevalentemente un'eziologia virale (>80% dei casi)**; pertanto, gli antibiotici non sono solitamente efficaci per trattarle. **L'impiego inappropriato di antibiotici, infatti, supera il 20% in tutte le condizioni** cliniche con particolare impatto per la laringotracheite (48,6%) e la cistite non complicata (37,0%).

Va sottolineato che **in Italia, l'antibiotico è la classe di farmaci più prescritta nei bambini**. Questa rappresenta il **48% delle prescrizioni totali** (che raggiunge il 66,2% nella classe di età di 1 anno) e assorbe il 37,9 % della spesa totale per farmaci (5) (Studio ARNO 2011).

In questo ambito, proprio per rispondere alla necessità di aumentare l'appropriatezza terapeutica e diminuire l'utilizzo improprio o non necessario di antibiotici si inserisce la nostra proposta progettuale:

"Abbattimento della prescrizione impropria di antibiotici e della spesa per antibiotici, attraverso l'impiego di un analizzatore POCT (Point Of Care Test) per la conta leucocitaria presso l'ambulatorio del Pediatra di Libera Scelta e del Medico di Medicina Generale" .

Lo strumento analizzatore POCT Hemocue WBC, permette di fare la conta leucocitaria totale e differenziale, da una goccia di sangue prelevato dal polpastrello del paziente, permette quindi al medico, di selezionare correttamente, in pochi minuti, già in ambulatorio, i pazienti con infezione batterica, che necessitano effettivamente di terapia antibiotica, da quelli che non ne hanno bisogno.

L'efficacia del metodo e del sistema per la conta leucocitaria nella riduzione dell'impiego di antibiotici , sono stati sperimentati nell'ambito di uno studio ufficiale della Regione Campania, presentato al Meeting Internazionale di San Diego della AACC.

Lo studio, prospettico, randomizzato, controllato, è stato condotto da ottobre 2012 ad aprile 2013, su una popolazione di 990 pazienti pediatrici, con sindrome influenzale e parainfluenzale, gestiti in ambulatorio con e senza conta leucocitaria.

I pazienti al terzo giorno di febbre, venivano randomizzati in due gruppi di trattamento: ad un gruppo veniva fatta la conta leucocitaria (braccio sperimentale Leucociti) e dato un trattamento sintomatico se la conta era < 15.000 wbc /mmc, all'altro gruppo veniva somministrato l'antibiotico (braccio di controllo antibiotici) secondo la normale procedura seguita dal pediatra.

Se nel gruppo sperimentale la conta leucocitaria era > di 15.000 wbc/mmc, veniva dato il trattamento antibiotico.

L'obiettivo primario dello studio era verificare se introduzione della conta leucocitaria in ambulatorio, nella gestione dei pazienti con sindrome influenzale e parainfluenzale al terzo giorno di febbre, portava ad una diminuzione significativa della prescrizione antibiotica incongrua, con conseguente riduzione della spesa farmaceutica.

Il follow up veniva fatto a 2 e 7 giorni dalla prima visita per verificare le complicanze e la guarigione.

La guarigione veniva definita con lo sfebbramento e la remissione dei sintomi

I risultati dello studio hanno dimostrato che:

- L'utilizzo della conta leucocitaria in ambulatorio, ha portato ad una riduzione del 76% dei trattamenti con antibiotici.
- le percentuali delle guarigioni ottenute con l'utilizzo dell'antibiotico o con la sola Conta Leucocitaria, sono sovrapponibili 88% vs 86%;
- tra i due gruppi non si è rilevata alcuna differenza nelle complicanze e nelle ospedalizzazioni , mentre gli effetti collaterali sono stati maggiori nel gruppo degli antibiotici.

In conclusione lo studio dimostra che, l'utilizzo del lettore ottico POCT (Poin of Care Test) per la conta leucocitaria nell'ambulatorio del medico determina:

- il miglioramento significativo dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica;
- la riduzione significativa (del 75%) dei trattamenti antibiotici e degli eventuali ricoveri impropri;
- il miglioramento del servizio offerto ai pazienti e al Sistema Sanitario Nazionale
- la riduzione dei costi (trattamenti / analisi aggiuntive/ eventuali ospedalizzazioni)
- riduzione del rischio di insorgenza delle resistenze agli antibiotici

Bibliografia

1 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2009/11/WC500008770.pdf
2 http://www.epicentro.iss.it/focus/resistenza_antibiotici/Eaad2011.asp
3 http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/communication_amr_2011_748_en.pdf
4 Rapporto OSMED2012
5 Studio ARNO 2011

CERULOPLASMINA questa sconosciuta

Cos'è? A che serve? L'abbiamo mai dosata nei nostri piccoli e grandi pazienti?
A queste domande risponderemo in questo breve articolo che ci porterà a ricordare la m. di WILSON.
La ceruloplasmina è una proteina del siero che lega e trasporta il rame nei vari tessuti. I valori normali sono compresi tra 20 e 30 mg/dl. Nella m. di Wilson si ha un deficit di escrezione del rame nella bile, accumulandosi dapprima a livello epatico. Ne consegue una riduzione dei livelli di cerulo plasmina inferiore a 20 mg/dl. Questo è un segnale d'allarme che deve indurci a effettuare altre indagini e coinvolgere il centro di riferimento.
Quando pensiamo alla m. di Wilson e quindi chiediamo il dosaggio della ceruloplasmina?
La m. di Wilson è una malattia rara 1:30000, con picchi di incidenza in alcune regioni come la Sardegna 1:3000. Pertanto su 10 pediatri di famiglia in tutta la vita lavorativa, probabilmente uno soltanto vedrà 1 caso di Wilson, ma sarà capace di riconoscerlo?
Ricordiamo che la diagnosi precoce è fondamentale perché permette di iniziare una terapia specifica che impedisce l'instaurarsi di danni irreversibili. Tuttavia la rarità e l'eterogeneità del quadro clinico rendono particolarmente difficile questa diagnosi.
Il rame si accumula di solito in principio a livello epatico, per cui in età pediatrica dopo i 3 anni, più frequentemente tra i 5 e i 10 anni i sintomi sono prevalentemente epatici ed in particolare una ipertransaminasemia protratta e la steatosi epatica sono quelli più frequenti. I livelli di transaminasi sono moderatamente elevati (di solito non superano di 5 volte i valori normali) ma tendono a non regredire nel tempo. La steatosi epatica oggi è un reperto ecografico frequente data l'alta incidenza dell'obesità, ma quando persiste nonostante il dimagramento o quando è presente in ragazzi non obesi deve farci pensare a questa malattia.
Il secondo organo bersaglio è il cervello per cui in età adolescenziale 13-18 anni e nel giovane adulto diventano sempre più frequenti i quadri neurologici e psichiatrici. Difficoltà nella parola e nei movimenti, tremori, facies inespressiva, riso sardonico, ma anche sintomi psichiatrici con anomalie comportamentali, irritabilità e aggressività sono i sintomi più frequenti. In questi casi, in un adolescente inquieto, siamo sicuri che pensiamo ad una possibile causa genetica? Direi proprio di no.
Per questo e poiché, se non si interviene in tempo, i danni epatici e soprattutto quelli cerebrali diventano irreversibili e terribili, propongo di usare il dosaggio della ceruloplasmina come test screening. Due anni fa sono stato ad una riunione dell'associazione malattia di Wilson, ed ho visto tanti ragazzi giovani costretti in posizioni terribili, goffi e lenti nei movimenti, a volte preda di tremori, a volte nello sforzo di parlare la saliva gocciolava dall'angolo della bocca. Tanta tristezza nel pensare che se si fosse fatta in tempo la diagnosi ….e alle tante difficoltà della vita quotidiana di queste famiglie.
Ogni giorno qualche papà o mamma che vede il proprio figlio, spesso obeso, "sciupato" ci chiede inutili esami di controllo. Allora direi che oltre al solito emocromo, ves, tas, pcr, got, gpt … dosiamo anche la ceruloplasmina. Fra l'altro questo esame costa solo 5,30 euro. Se troviamo un valore inferiore a 20mg/dl consultiamo il centro di 3° Livello. In questo caso il prof. Iorio presso la clinica pediatrica dell'Università Federico II di Napoli, e-mail: riorio@unina.it, tel. 0817463389 – 0817464337.
Se pur è vero che la malattia è rara, noi pediatri di Napoli e provincia siamo circa 400, per cui nella nostra storia lavorativa potremmo incontrare circa 40 malati. Con un po' d'attenzione e un banale dosaggio ematico possiamo donare serenità ed allegria a 40 ragazzi ed alle loro famiglie, vi sembra poco?

Per approfondire Iorio R et al. Medico e Bambino 2012;8:501-507.

Ringrazio il prof. Raffaele Iorio per la sua disponibilità e collaborazione fondamentali per la preparazione di queste semplici considerazioni.

Giuseppe Aloi

PREVALENZA DI FARINGOTONSILLITE DA STREPTOCOCCO β-EMOLITICO DI GRUPPO A IN UNA POPOLAZIONE DELLA CAMPANIA

R. MINELLA, F.CARLOMAGNO, A.TOZZI#

Scopo dello studio: Valutare la prevalenza dell'infezione da Streptococco β-emolitico di Gruppo A (SBEGA) in una popolazione pediatrica di un'area rurale della Campania

Pazienti e metodi: è stato condotto uno studio osservazionale trasversale su 108 pazienti (età mediana: 5,5 ±3,1 anni, 53 maschi e 55 femmine) affetti da faringotonsillite acuta sottoposti a test rapido per SBEGA

Risultati: dei 108 pazienti sottoposti a test rapido, 66 sono risultati negativi (61,1%) e 42 positivi (38,9%).

La faringo-tonsillite acuta è una delle più frequenti patologie infettive riscontrate in età pediatrica ed una delle più frequenti cause di consulto con il pediatra. Nella maggior parte dei casi si tratta di una patologia ad eziologia virale, fra gli agenti etiologici l'Adenovirus è il più frequente, insieme a Rhinovirus, Parainfluenzaevirus, Herpesvirus 1 e 2, VRS, Coxackie virus, Enterovirus, Virus di Epstein e Barr, Coronavirus e Citomegalovirus (1). In misura ridotta rispetto ai virus l'eziologia è dovuta allo Streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEGA). Si tratta in genere di una patologia autolimitante, che richiede esclusivamente una terapia sintomatica. Tuttavia, in alcuni casi, può dare luogo a complicanze suppurative (otite media, sinusite, ascessi retro faringei, linfadeniti cervicali, celluliti) e non suppurative (malattia reumatica, glomerulo nefrite post streptococcica), per cui una corretta diagnosi eziologica è fondamentale per impostare correttamente un trattamento antibiotico. I tentativi di identificazione clinica delle forme causate dallo SBEGA non hanno dato, fino ad ora, risultati apprezzabili per cui le linee guida internazionali escludono la possibilità di eseguire diagnosi basate esclusivamente sui dati clinici (1,2 3). L'età di maggior prevalenza dello SBEGA è di circa 4-5 anni , tanto che si consiglia di effettuare il test nei pazienti affetti da faringotonsillite acuta dai 4 anni in poi. La conoscenza dei dati epidemiologici può tuttavia essere di aiuto nel quantificare l'attesa dei risultati.

SCOPO DELLO STUDIO:

Lo scopo del nostro studio è valutare la prevalenza dell'infezione da SBEGA in una popolazione pediatrica affetta da faringite acuta febbrile di una zona rurale della Campania ad elevata incidenza di inquinamento

PAZIENTI E METODI:

Abbiamo condotto uno studio osservazionale trasversale su 108 pazienti (53 maschi e 55 femmine) con età mediana di 5,5 ±3,1 anni affetti da faringotonsillite acuta e sottoposti a test rapido per SBEGA. Il test rapido è un test immunocromatografico per la determinazione qualitativa dell'antigene carboidratico dello SBEGA in un tampone faringeo. Uno studio precedente ha validato tale metodica concludendo che la sua sensibilità (cioè la capacità del test di identificare i soggetti ammalati) è pari al 94% e la specificità (cioè la capacità del test di identificare i soggetti sani) è pari al 98% (4)

La prevalenza percentuale della infezione da SBEGA è stata calcolata dividendo il numero totale dei pazienti sottoposti al test per in numero dei pazienti positivi x 100. Abbiamo inoltre valutato la stagionalità dell'infezione considerando il periodo in cui si è manifestata (novembre-aprile stagione "fredda" e maggio-ottobre stagione "calda).

RISULTATI

Su 108 pazienti sottoposti a test rapido per l'identificazione dello SBEGA 66 sono risultati negativi (61,1%) e 42 positivi (38,9%), con età mediana dei pazienti positivi per SBEGA è di 5.0±3.0.

Lo SBEGA è stato riscontrato nel 40,7 % dei pazienti di età inferiore a 5 anni e nel 37,0% dei pazienti di età >5 anni (Tabella 1), senza differenze statisticamente significative tra i vari gruppi di età al t-test. In particolare, la prevalenza risulta essere pari a 36,8% nei pazienti di età inferiore a 2 anni.

Per quanto riguarda la stagionalità, i pazienti positivi per SBEGA sono stati 23 nella stagione fredda e 19 nella stagione calda, senza significativa differenza statistica.

DISCUSSIONE:

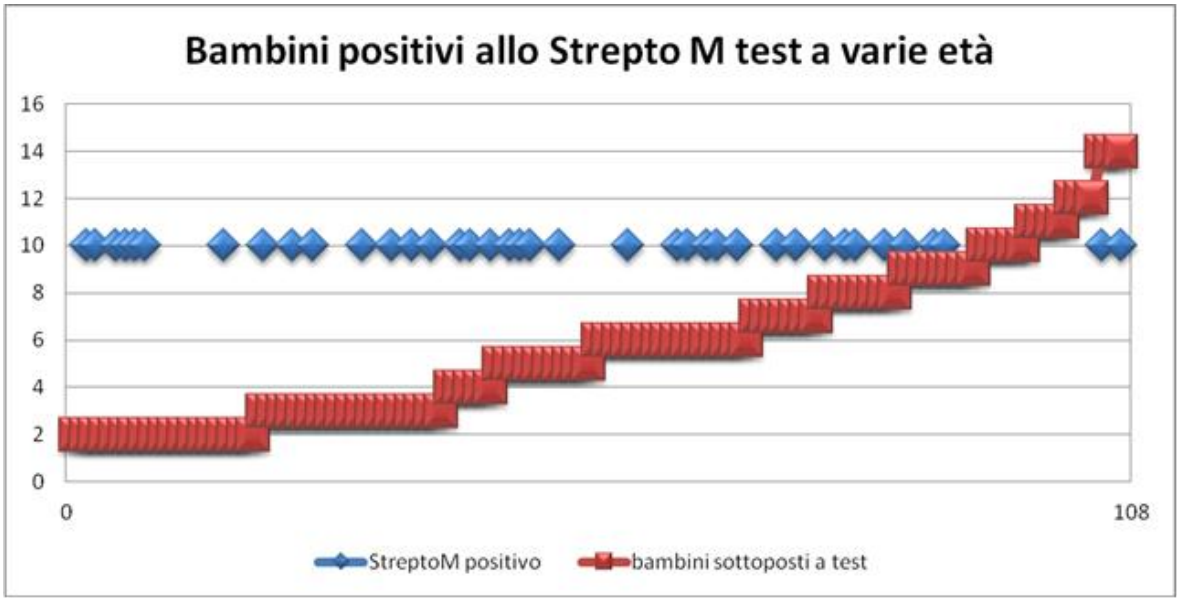
La prevalenza della faringotonsillite da SBEGA da noi riscontrata non è dissimile da quella segnalata nella letteratura internazionale (37%) (5), ma alcuni dati sono differenti: la distribuzione per età (i nostri pazienti <5 anni presentano nel 40% SBEGA) e per stagionalità (i nostri dati mostrano che non c'è differenza nella prevalenza nei mesi invernali rispetto a quelli caldi). Inoltre, abbiamo calcolato la prevalenza dello SBEGA in pazienti di età inferiore a 36 mesi, riscontrandolo nel 36,8%. Tali dati potrebbero essere spiegati dalla esiguità del campione studiato ma anche dalla particolare situazione ambientale: infatti la zona vesuviana risulta essere tra le più inquinate d'Italia, come dimostrato anche dal registro dei Tumori che evidenzia una incidenza di patologie oncologiche superiore alla media italiana (6). E' nota in letteratura (7,8) che vi è una relazione tra diossido di zolfo, prodotto dagli scarichi industriali, concentrazione di particelle corpuscolate totali ed aumento delle patologie respiratorie di natura non allergica. Inoltre, i bambini dei paesi industrializzati trascorrono circa il 90% del loro tempo in ambienti chiusi: i principali inquinanti interni sono l'ossido nitrico, il monossido di carbonio, l'anidride carbonica, l'anidride solforosa, la formaldeide e numerose endotossine. Le principali fonti di inquinamento che si riscontrano negli ambienti chiusi (case, asili, scuole) sono rappresentate dalle cucine e dai riscaldamenti a gas liquido, il riscaldamento a metano, gli arredi conteneti gommapiuma, colla ed isolanti termici. Infine, non possiamo ignorare il problema dei portatori sani: dato che una quota variabile (6-40%) della popolazione risulta portatrice di SBEGA, si deve prevedere che in un numero rilevante di faringiti non causati dallo SBEGA venga isolato tale patogeno.

In conclusione, il nostro studio mostra come i dati di prevalenza nella regione esaminata siano in linea con i dati della letteratura, ma mostra anche che l'età di infezione si è abbassata, suggerendo che l'effettuazione del test rapido sia da prendere in considerazione anche nei bambini più piccoli.

BIBLIOGRAFIA:

1) Finnish Medical Society Duodecim 2012;128:836-838.
2) Committee of Infectious Diseases, Red Boock, American Accademy Pediatrics, 2009
3) Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr et all. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A Streptococcal pharingitis. Clin Infect Dis 2002;35:113-125
4) Needham CA, McPherson KA, Webb KH et all. Streptococcal pharyngitis: impact of a high-sensitivity antigen test on physician outcome. J Clin Microbiol 1998;36:3468-3473
5) Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of Streptococcal Pharyngitis and Streptococcal carriage in children: a meta-analysis. Pediatrics 2010:126:557-564
6) Fazzo L, De Santis M, Mitis F, Benedetti M, Martuzzi M, Comba P. Fusco M. Ecological studies of cancer incidence in an area interested by dumping sites in Campania (Italy). Annali dell'Istituto Superiore di Sanità (in stampa)
7) Heinrich J, Hoelscher B, Wichmann HE et all. Decline of ambient air pollution and respiratory symptoms in chidren. Am J Respir Crit Care Med 2000;161:1930-1936
8) Heinrich J. Nonallergic respiratory morbidity improved along with a decline of traditional air pollution levels: a review. Eur Respir J 2003;21:64s-69s

TABELLA I



Arturo Tozzi. Evolution: networks and energy count.
Nature 515, 343 (20 November 2014) doi:10.1038/515343c

L'evoluzione: i collegamenti e l'energia sono importanti!

La teoria evoluzionistica di Darwin dovrebbe tener presente che le specie, le nicchie ecologiche e l'ambiente non sono isolati, ma vanno inseriti nel contesto di collegamenti dinamici. Per esempio, l'ereditarietá epigenetica lamarckiana (la trasmissione dei caratteri alla prole mediante dei cambiamenti dell'espressione genica, e non del DNA come sostiene Darwin) riguarda l' immagazzinamento e l'utilizzo dell'informazione genetica a livello sopra-molecolare, mettendo in moto processi transitori che sono auto-organizzati ed auto-assemblati. La replicazione del DNA costituisce solo una minima parte dell'evoluzione: infatti i cambiamenti si propagano attraverso livelli interconnessi di organizzazione, con un' interazione a tutte le scale in un sistema multi-livello. Il processo della selezione naturale, formato da attrattori che incorporano frattali e stati di non equilibrio al confine del caos, può essere rappresentato poeticamente come un paesaggio di valli, praterie dirupi scoscesi e colline, fatti tutti non di erba e di rocce, ma di pura energia.

La striscia di Giulia

Il Bollettino FIMP Napoli è un mezzo di divulgazione interna.

Se non vuoi più essere raggiunto da questo Bollettino, invia una mail a redazione@fimpnapoli.it

Tutti i numeri arretrati del Bollettino e delle News sono disponibili sul sito www.fimpnapoli.it