

# Forum 2019 Mediterraneo in Sanità

18-20 SETTEMBRE 2019 | BARI | FIERA DEL LEVANTE

## L'OSSERVATORIO ITALIANO DELLA PREVENZIONE (OIP): DALLA PUGLIA ALL'ITALIA?

Promosso da



Con il patrocinio di



REGIONE PUGLIA

**I primi 1000 giorni:  
L'importanza di una  
prevenzione precoce**

**19 SETTEMBRE 2019**

SALA BARI | ORE 9.30 - 13.30  
FIERA DEL LEVANTE | NUOVO CENTRO CONGRESSI

INGRESSO ITALO ORIENTALE  
PIAZZALE VITTORIO TRIGGIANI | LUNGOMARE STARITA 4

Forum Mediterraneo in Sanità®

19 SETTEMBRE 2019 | Sala Bari

### PROGRAMMA

Ore 9.30 **L'osservatorio italiano della prevenzione (OIP):  
dalla Puglia all'Italia?**

Sessione Accreditata ECM per tutte le professioni sanitarie. Si maturano 4.0 crediti ECM.

#### Apertura lavori e Saluti delle Autorità

**Elio Borgonovi** *Presidente CERGAS Bocconi e Fondazione Smith Kline*  
**Giovanni Gorgoni** *Direttore Generale AReSS Puglia*  
**Vito Montanaro** *Direttore Dip. Promozione Salute, Benessere Sociale e Sport per tutti, Regione Puglia*  
**Francesco Angelillo** *Presidente SITI, Board Prevenzione Fondazione Smith Kline*  
**Domenico Lagravinese** *Direttore Dipartimento di Prevenzione di Bari, Responsabile scientifico OIP*

#### Presentazione introduttiva

*L'importanza del ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione in Italia*

**Claudio D'Amario** *Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute*

#### Relazioni

*I primi 1000 giorni: l'importanza di una prevenzione precoce*

**Alberto Villani** *Presidente SIP, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS Roma*

*Sistema di rilevazione e primi risultati degli indicatori strutturali, funzionali e di soggettività degli operatori*

**Francesco Calamo Specchia** *Università Cattolica del Sacro Cuore, Coordinatore nazionale OIP*

*Sistema di rilevazione e primi risultati degli indicatori di atteggiamento/gradimento della popolazione*

**Carla Collicelli** *CNR, Board Prevenzione Fondazione Smith Kline*

*I ipotesi di indicatori ambientali da inserire nel sistema OIP*

**Michele Conversano** *Direttore Dipartimento di Prevenzione di Taranto*

## Alberto Villani

**Presidente Società Italiana di Pediatria**

Unità Operativa Complessa di Pediatria Generale e Malattie Infettive  
Dipartimento Pediatria Universitaria Ospedaliera  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – IRCCS – Roma  
[alberto.villani@opbg.net](mailto:alberto.villani@opbg.net)



NUMERO  
FRATELLI  
**1898** 3,4



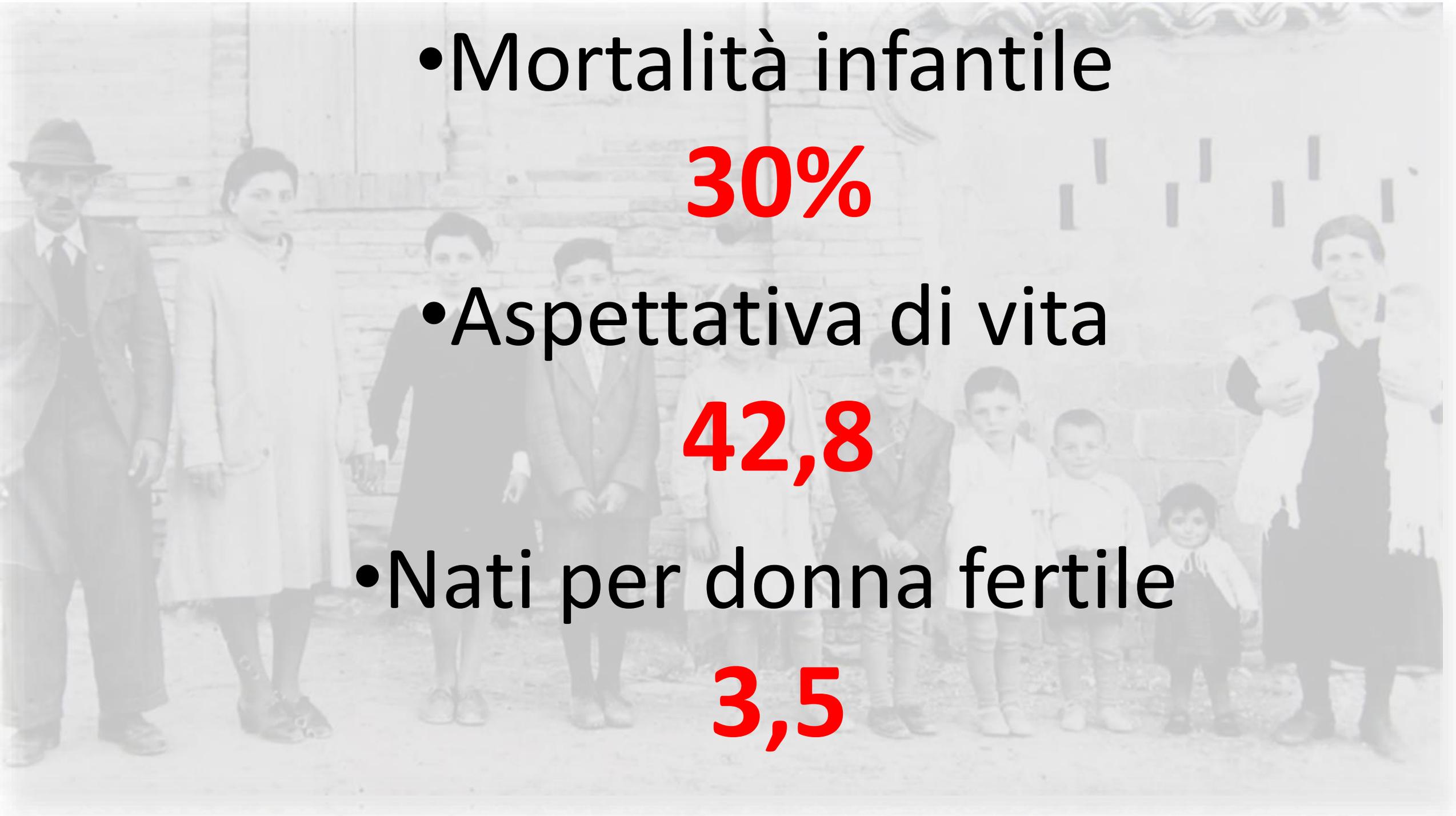
NUMERO  
FRATELLI  
**2018** Uno  
o nessuno

**Don Decio Cipolloni 1943**



**10 figli**

**Famiglia Cipolloni – Cingoli (Macerata)**



- Mortalità infantile

**30%**

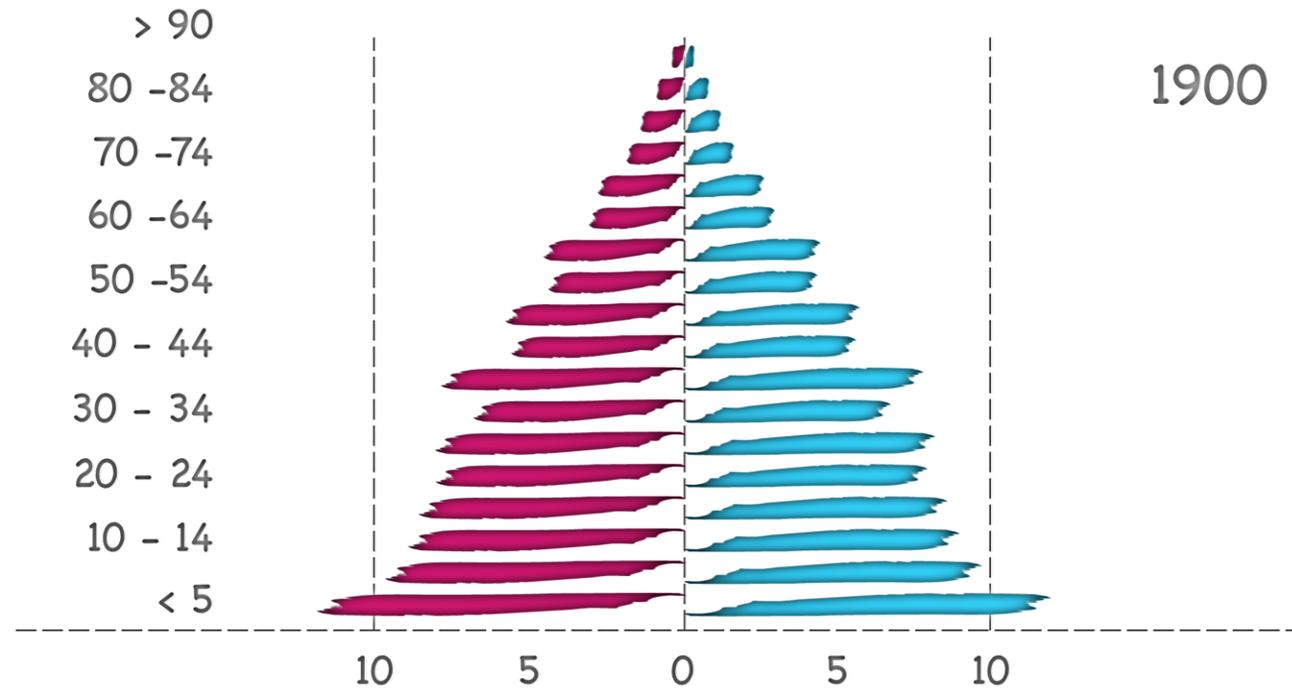
- Aspettativa di vita

**42,8**

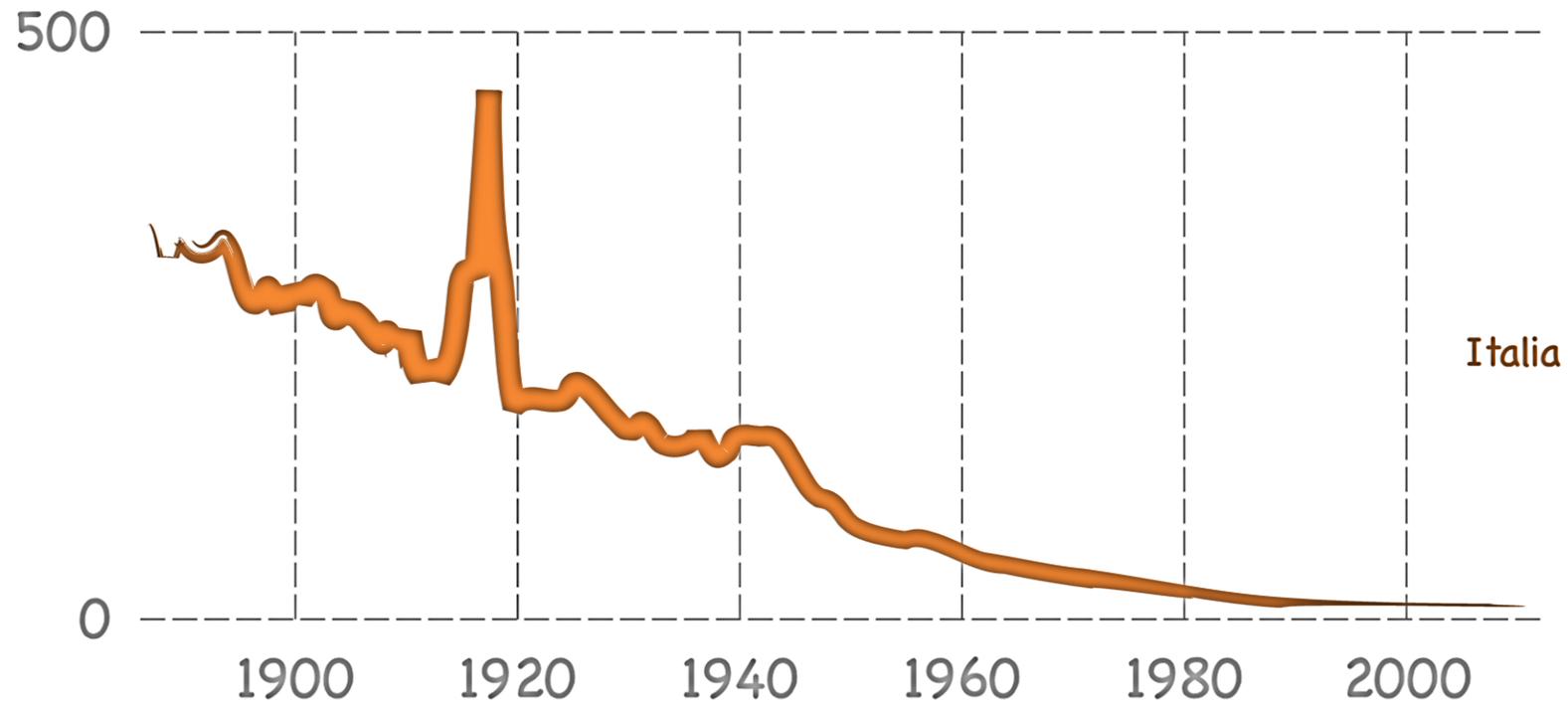
- Nati per donna fertile

**3,5**

# La piramide demografica

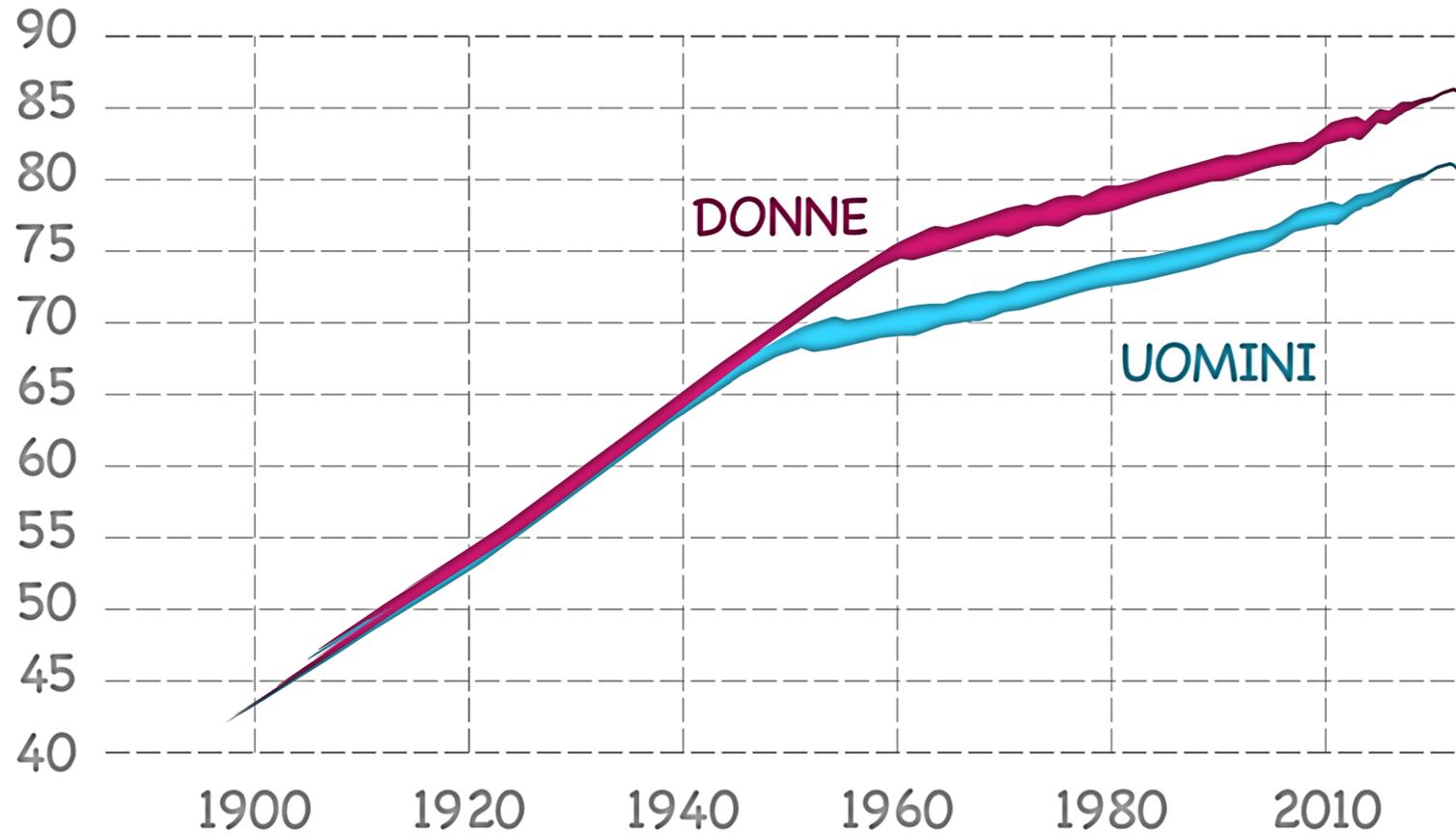


(ogni mille nati)

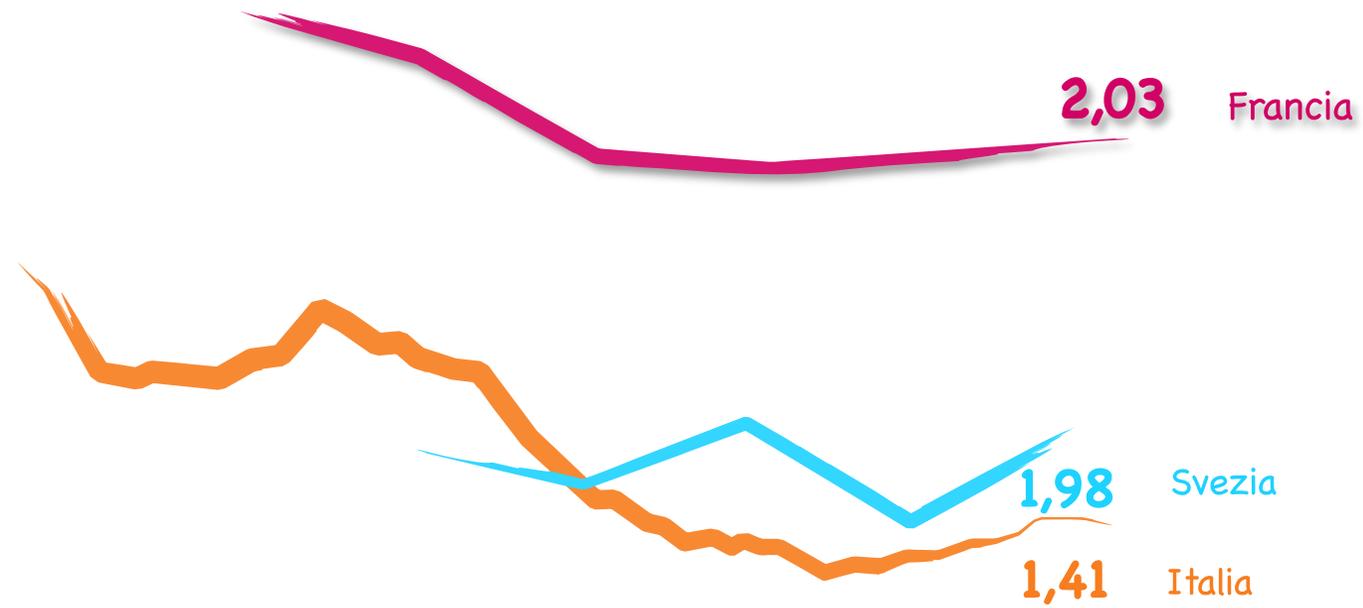


# Mortalità infantile

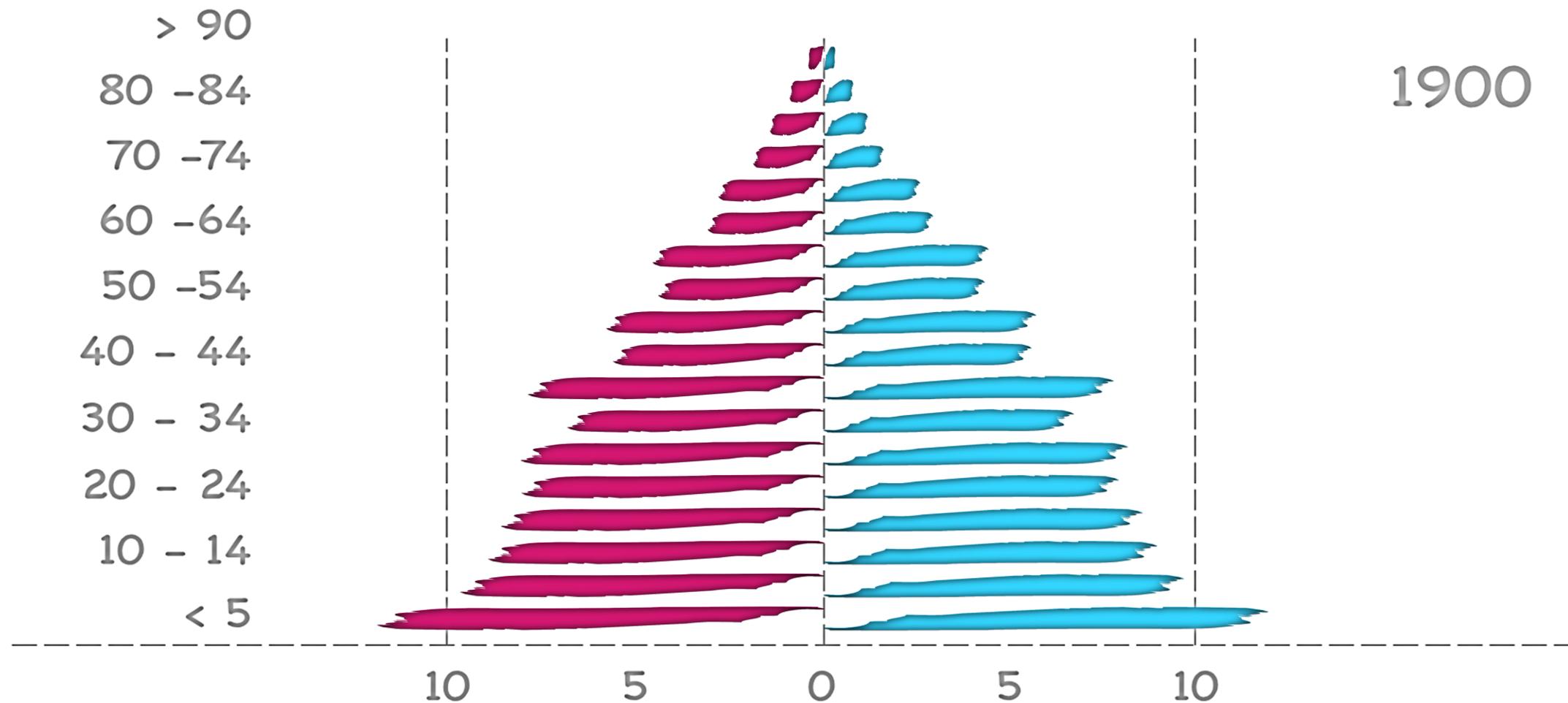
(speranza di vita alla nascita in Italia)



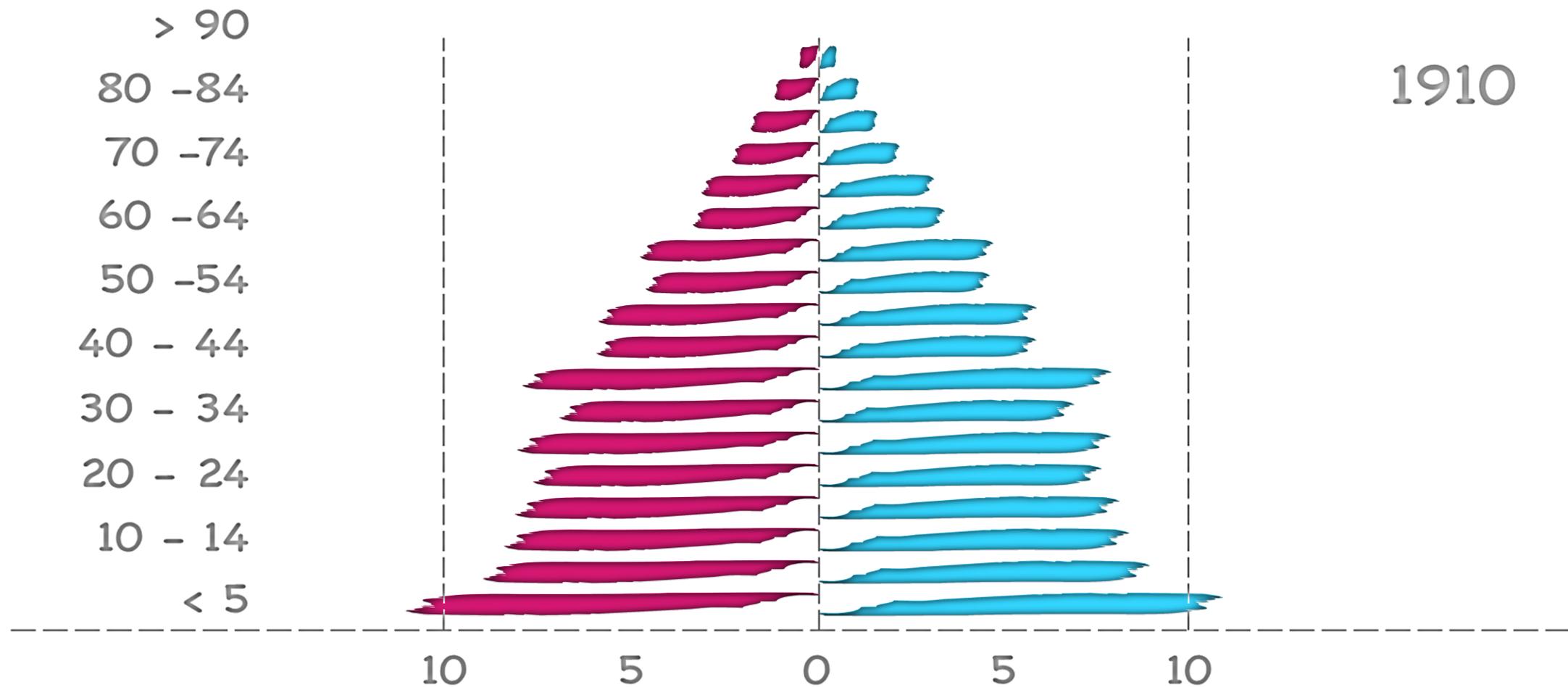
**Aspettativa di vita**



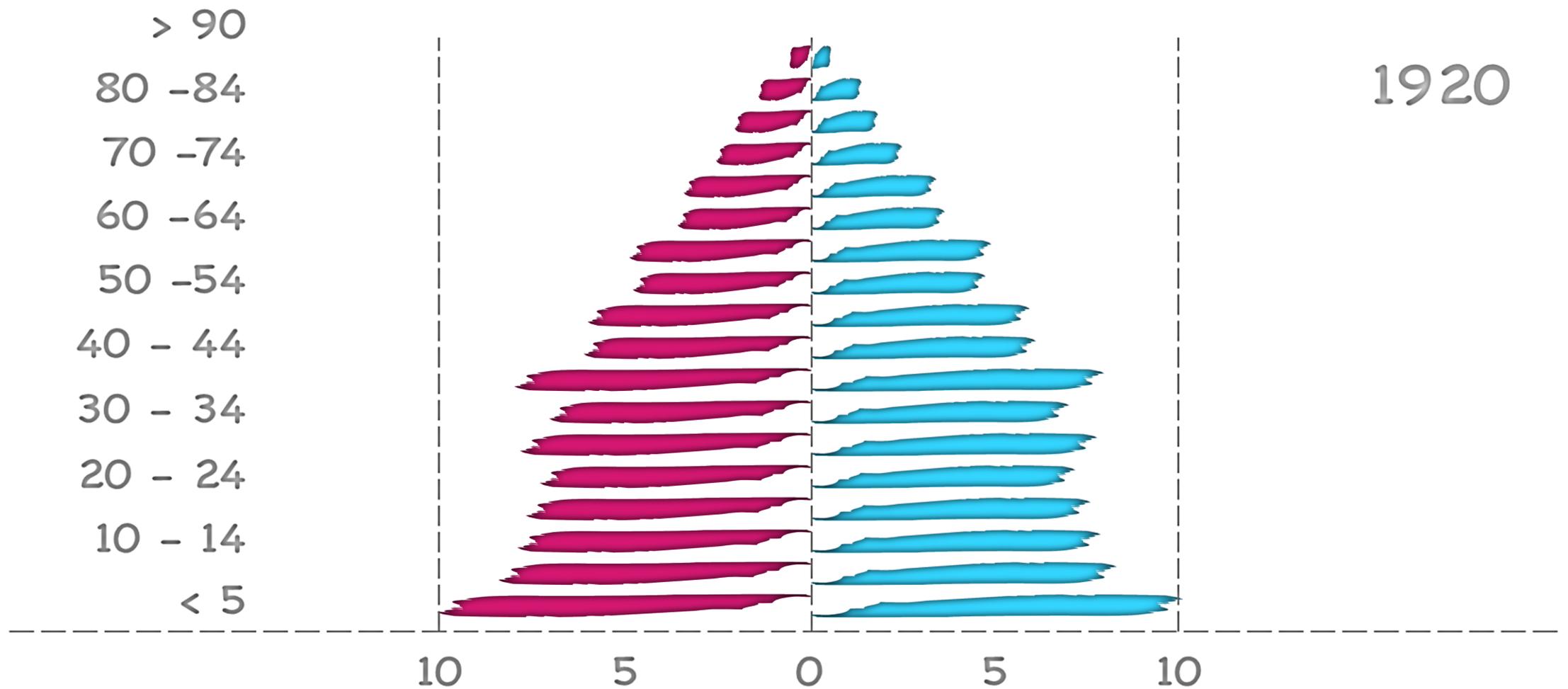
# Fertilità



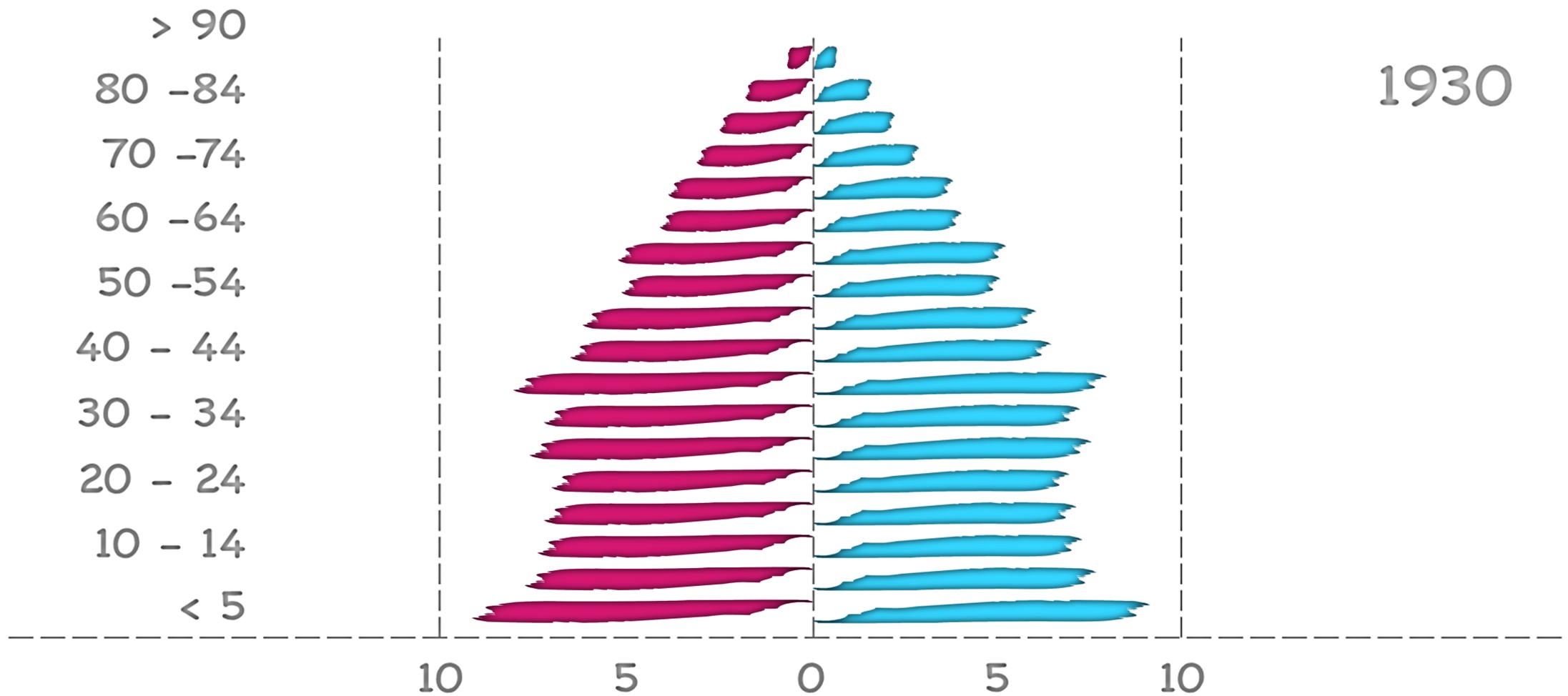
# La piramide demografica



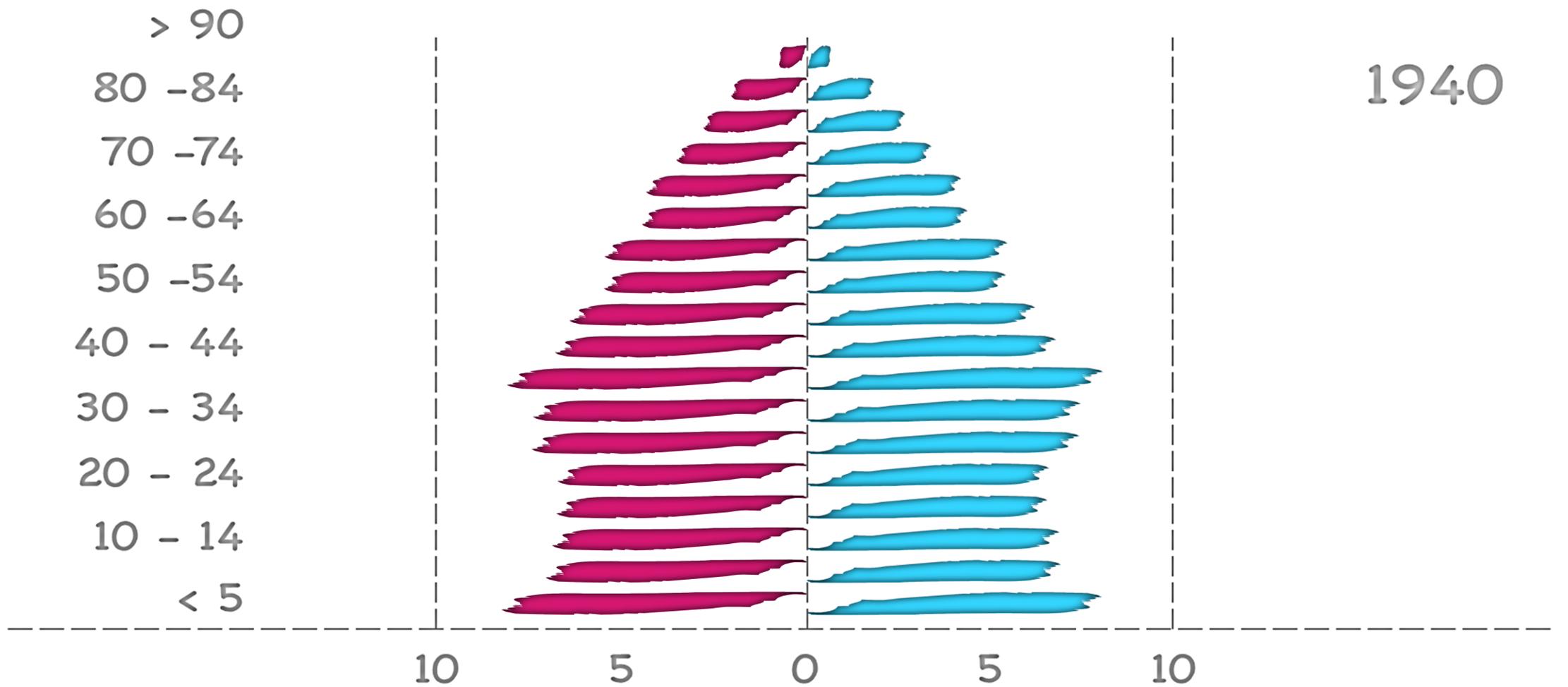
# La piramide demografica



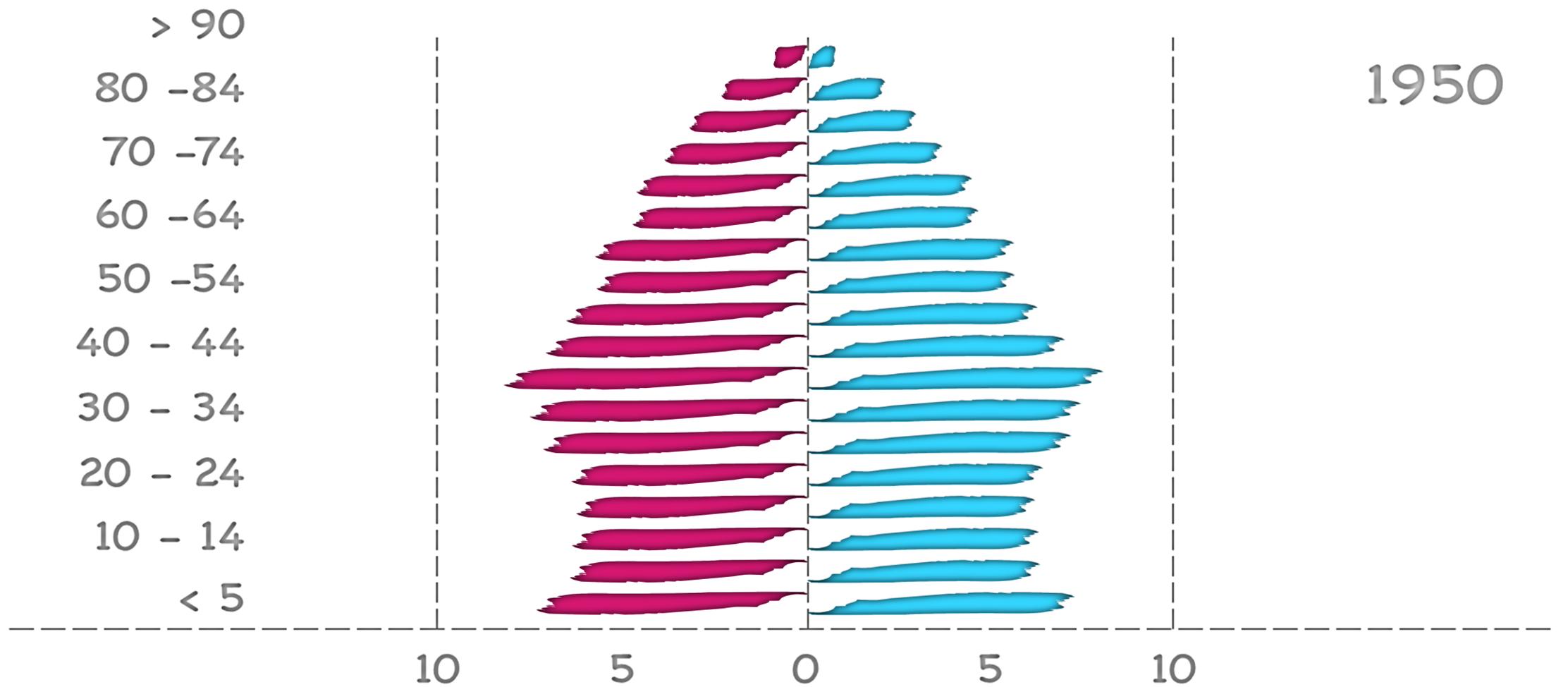
# La piramide demografica



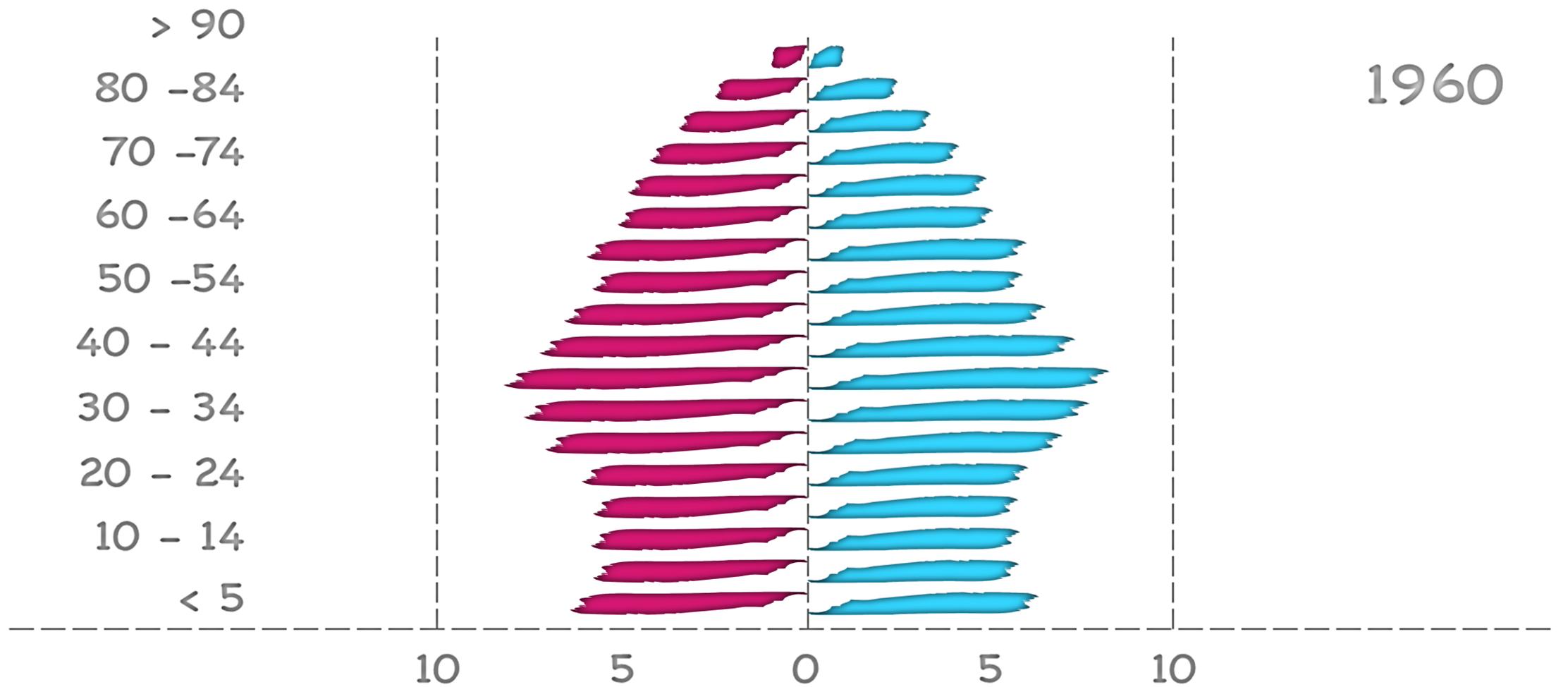
# La piramide demografica



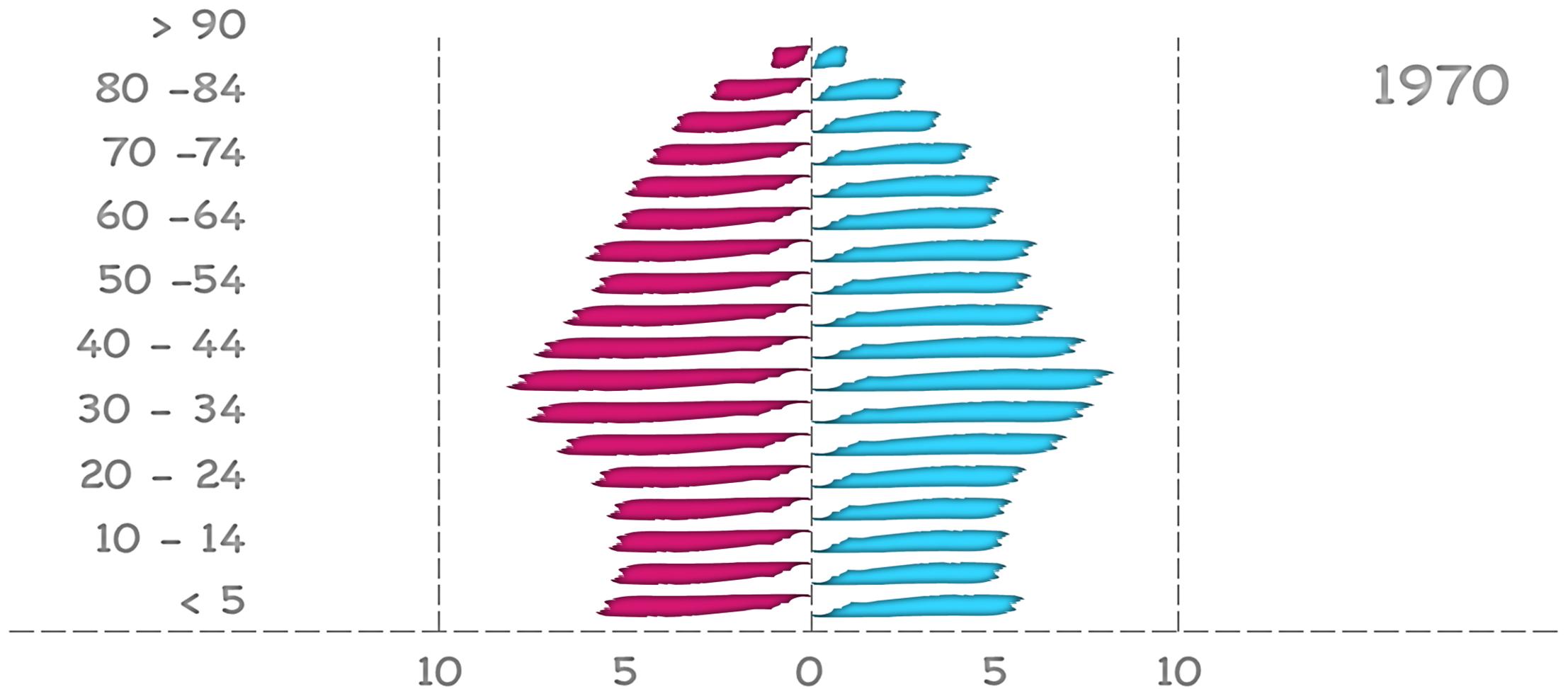
# La piramide demografica



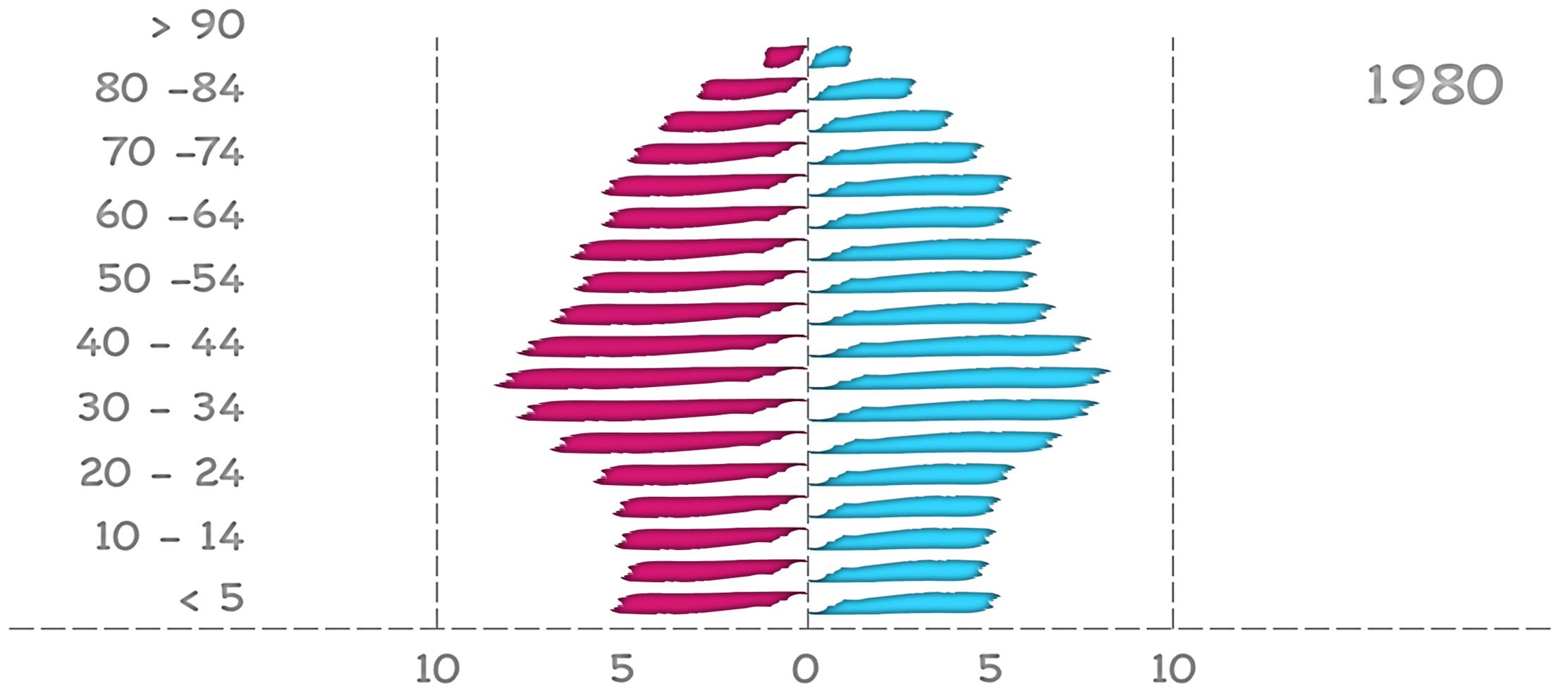
# La piramide demografica



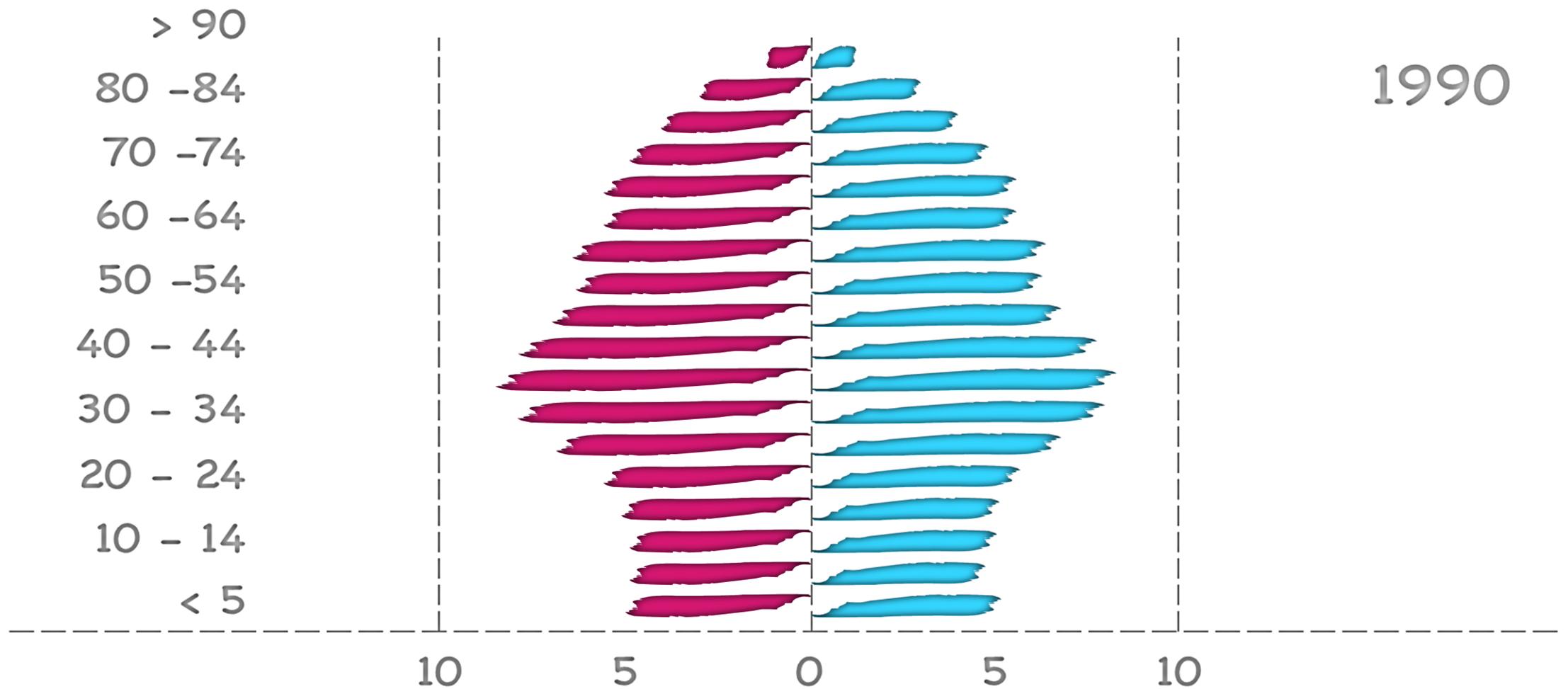
# La piramide demografica



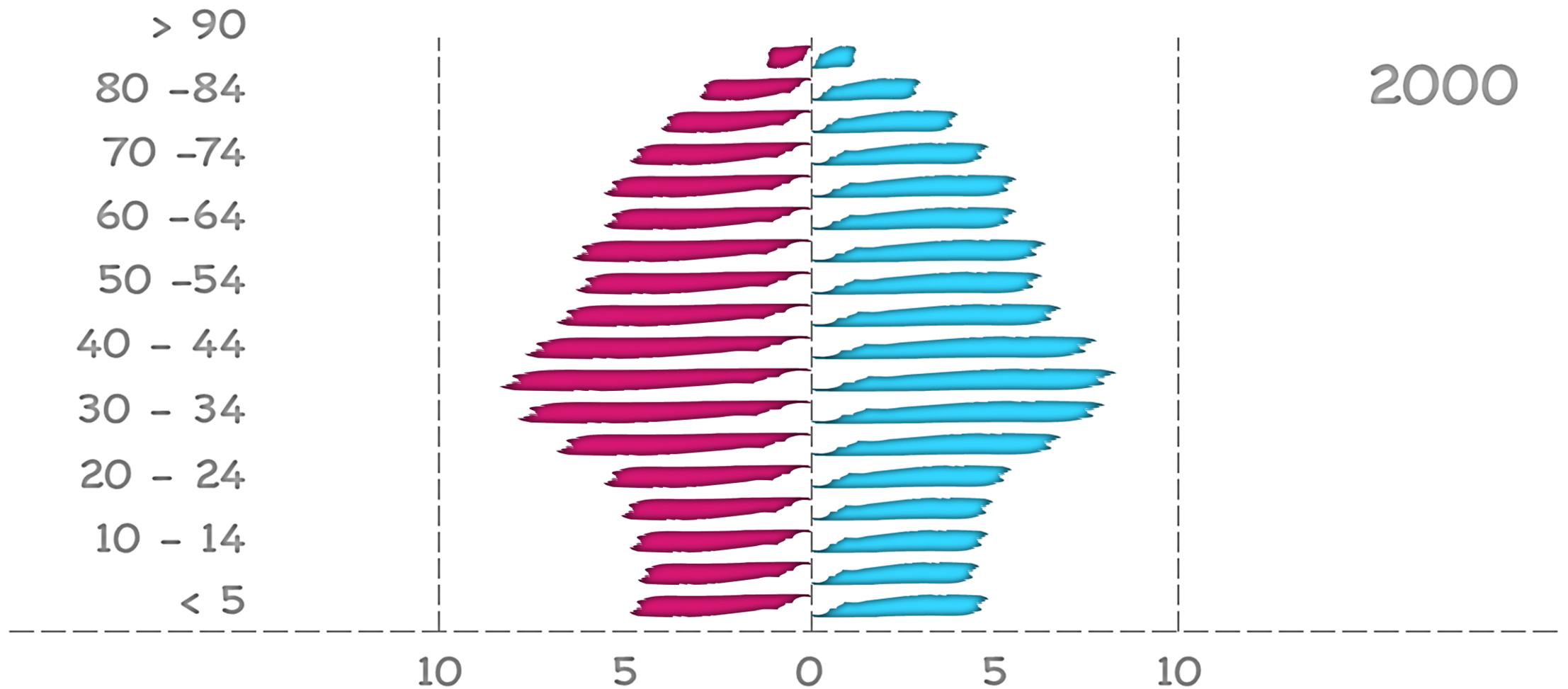
# La piramide demografica



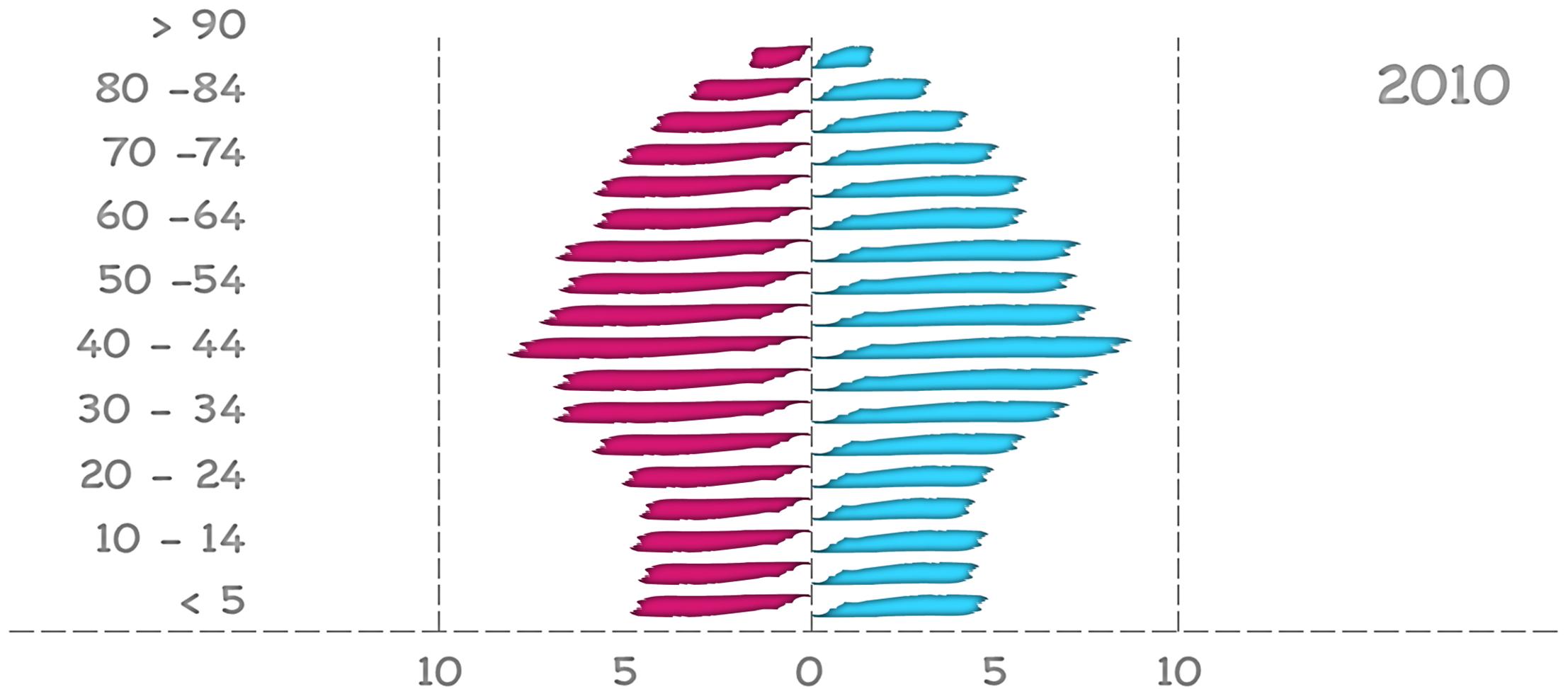
# La piramide demografica



# La piramide demografica



# La piramide demografica



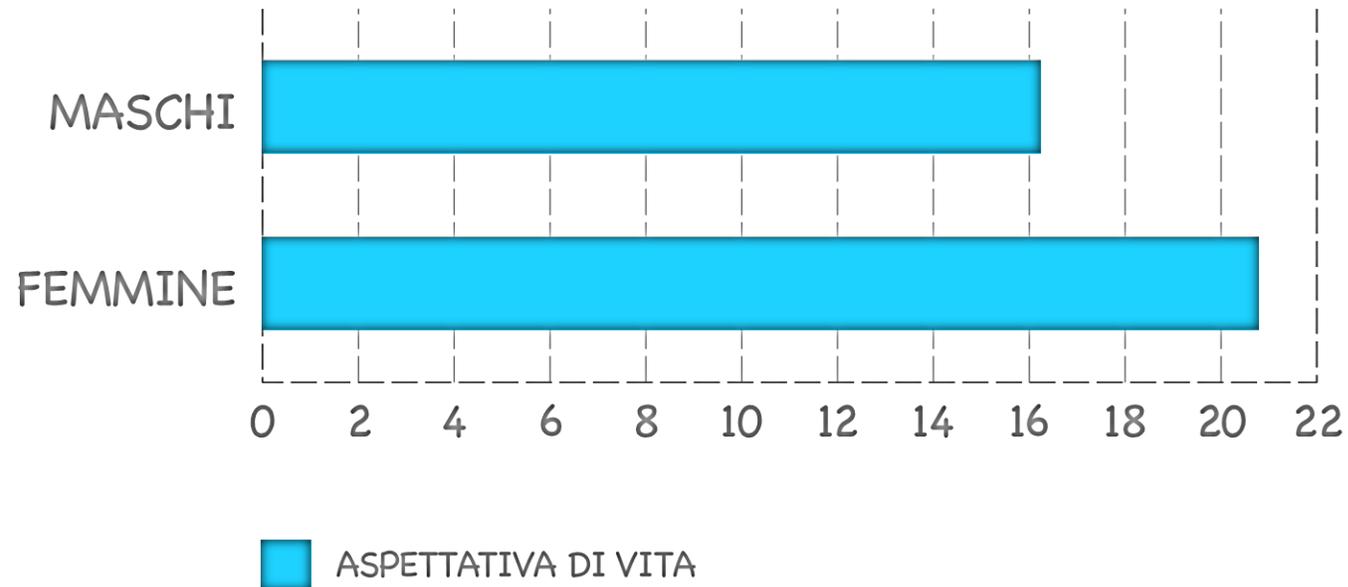
# La piramide demografica



# La famiglia oggi

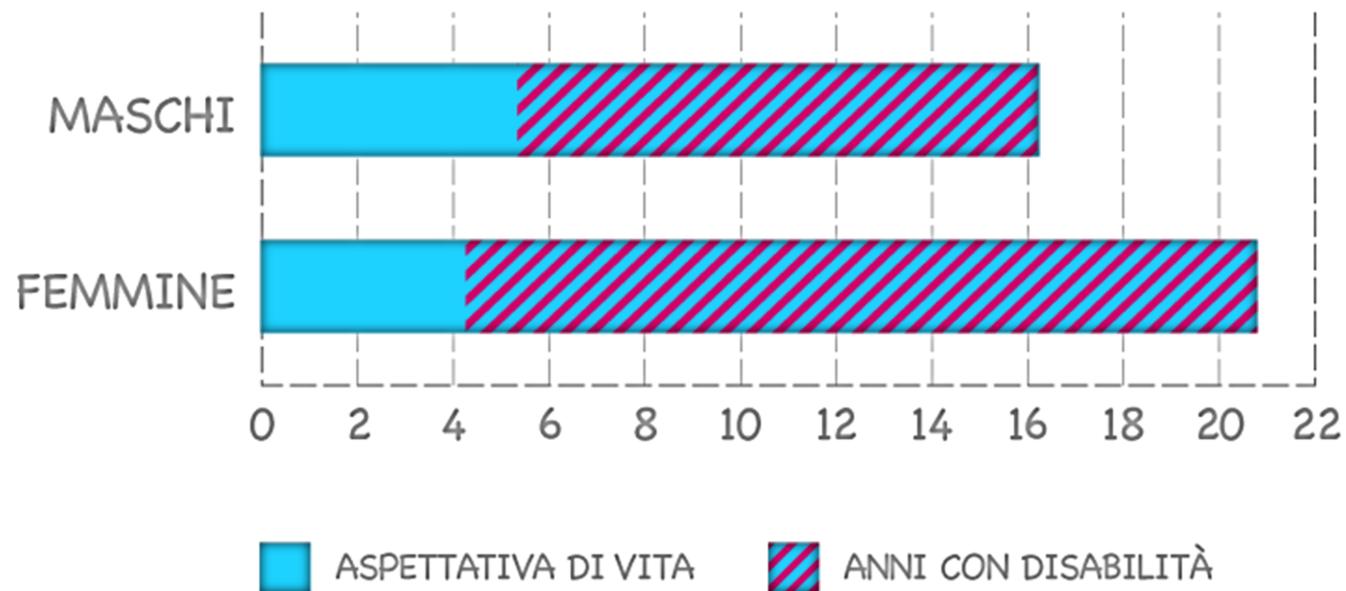


(a partire dai 65 anni)



Aspettativa  
di vita

(a partire dai 65 anni)



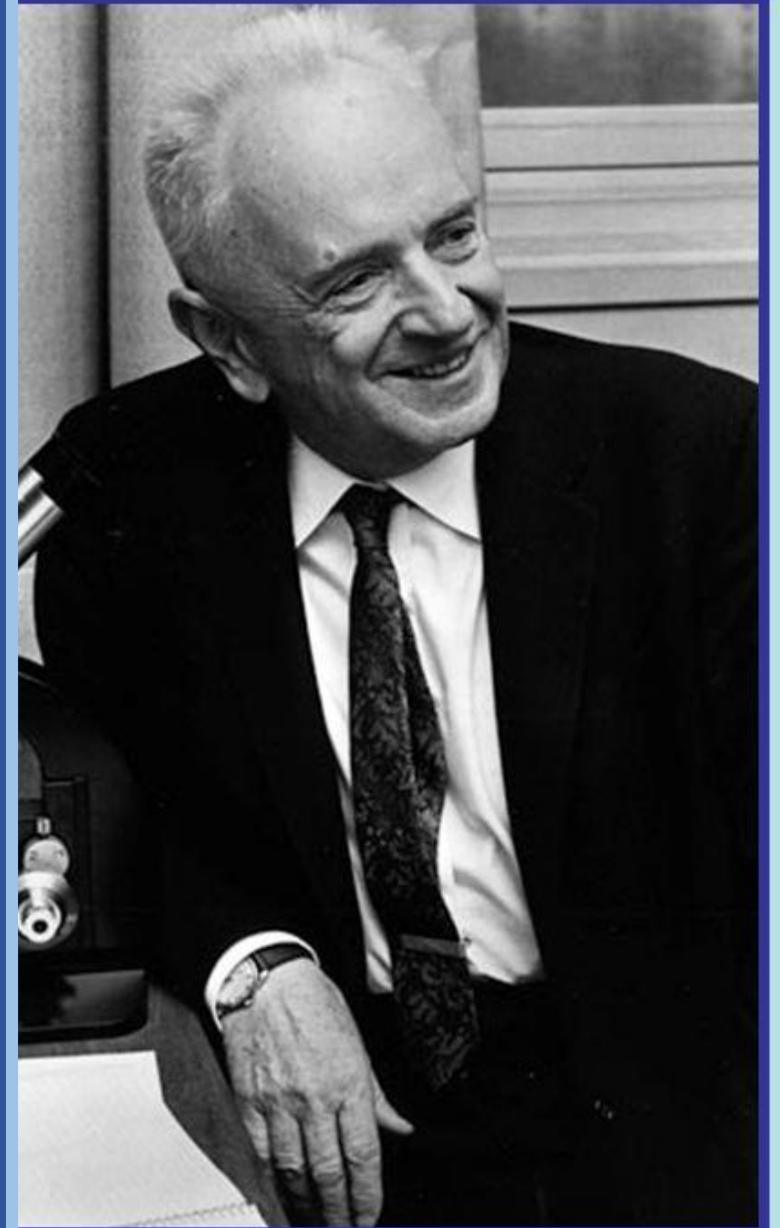
Aspettativa  
di vita



Fino a pochi lustri fa sarebbe stato inconcepibile parlare di cronicità in Pediatria. I successi dell'assistenza neonatologica, della cardiocirurgia e dell'oncologia, dell'assistenza intensiva e semi-intensiva in Pediatria hanno consentito la sopravvivenza fino all'età adulta di individui altrimenti destinati a morire molto presto. I soggetti in età evolutiva con necessità assistenziali complesse sono circa 1.000.000 e rappresentano la parte più consistente di impegno di risorse.



“Nulla in biologia ha  
significato se non  
alla luce  
dell’evoluzione”



Nuovo Politecnico 75 Einaudi 1975

**THEODOSIUS DOBZHANSKY**  
**DIVERSITÀ**  
**GENETICA**  
**E UGUAGLIANZA**  
**UMANA**

Razzismo e ricerca scientifica



Le conclusioni di Theodosius Dobzhansky si fondano principalmente sugli studi condotti su gemelli monocoriali, adottati in famiglie diverse.

**Genetic**  
**Diversity**  
**& Human**  
**Equality**

The Facts & Fallacies in the Explosive  
Genetics & Education Controversy

**Theodosius**  
**Dobzhansky**

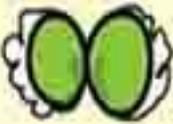


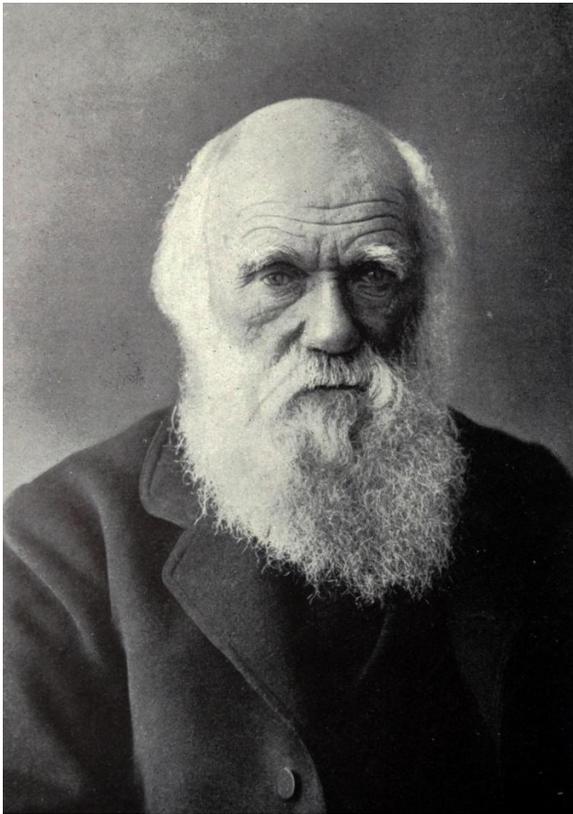


Theodosius Dobzhansky dimostro' come **gemelli monocoriali** vissuti in realtà geografiche e socioeconomiche diverse si **differenziavano in maniera significativa**, non solo per le caratteristiche fisiche, ma anche come capacità intellettive (QI differente)



Mendel

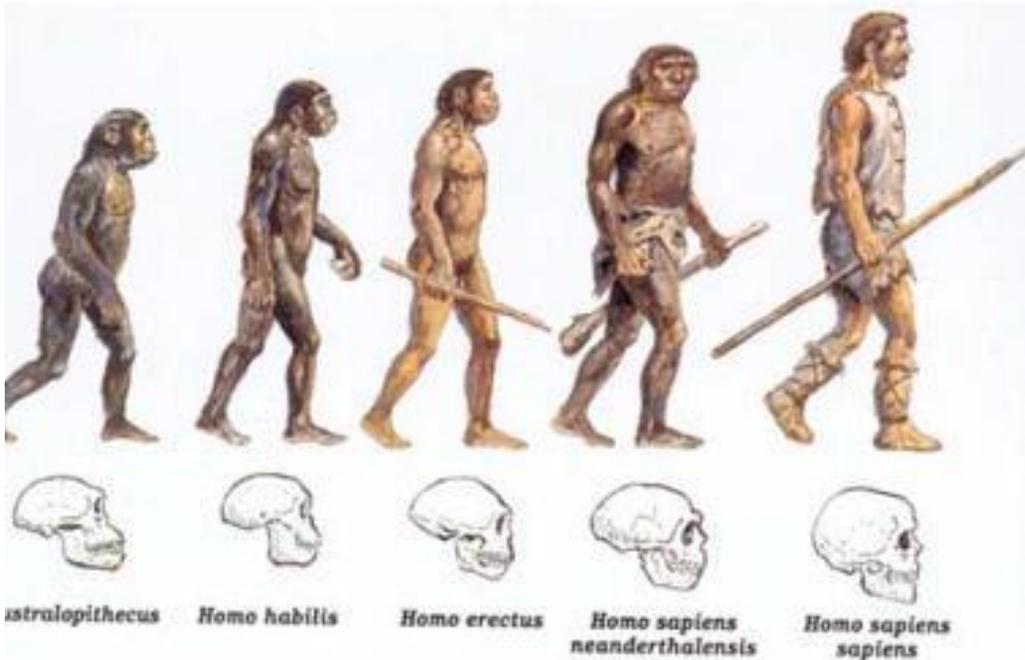
Seed		Flower	Pod		Stem	
Form	Cotyledons	Color	Form	Color	Place	Size
						
Grey & Round	Yellow	White	Full	Yellow	Axial pods, Flowers along	Long (6-7ft)
						
White & Wrinkled	Green	Violet	Constricted	Green	Terminal pods, Flowers top	Short (1/2 -1ft)
1	2	3	4	5	6	7



# Darwin Galapagos







**Evoluzione dell'umanità  
(millenni)**

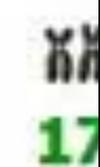
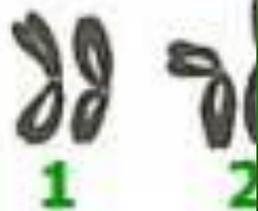
**EPIGENETICA**

**Evoluzione  
dell'individuo (anni)**



*maschio*

*femmina*



nati  
e  
sistita  
na  
za di  
e  
arie,  
ono  
elte

politiche.

# DNA of Human Genom



**JUNK = SPAZZATURA**

DISCOVERY INSTITUTE PRESS

## THE MYTH OF JUNK DNA

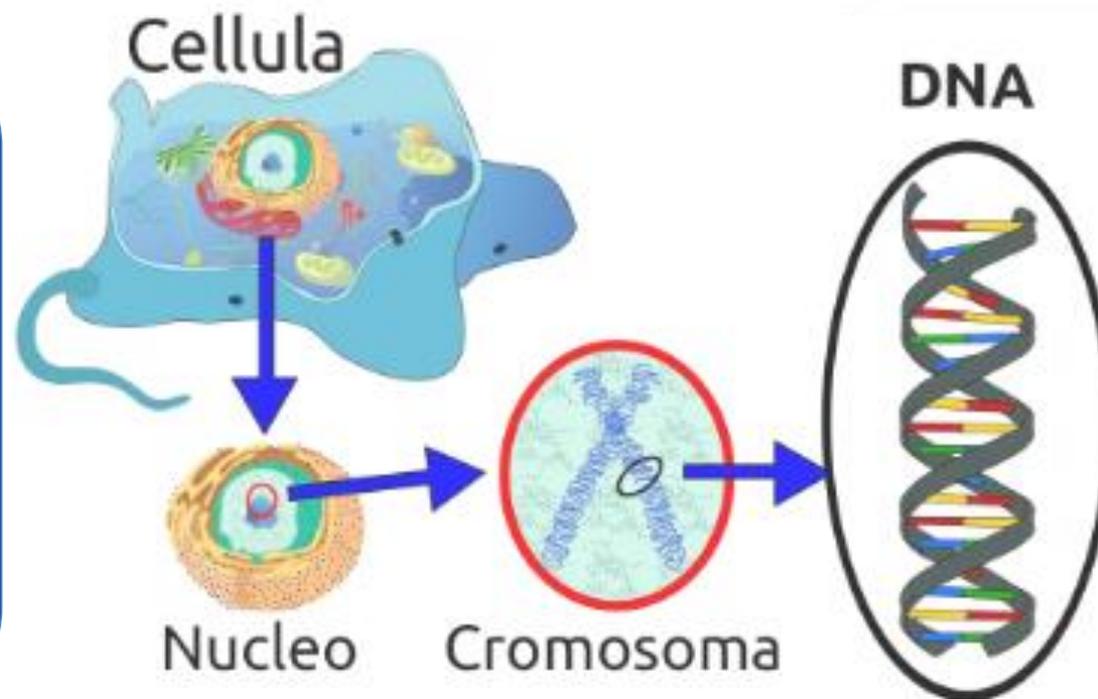


BY JONATHAN WELLS



- ❑ I **geni** possono essere accesi o spenti dai **fattori ambientali**
- ❑ La **nuova impostazione** viene ereditata dalle **generazioni future**.
- ❑ La **nuova generazione** inizia la vita con l'interruttore impostato in base ai fattori ambientali del **progenitore**.
- ❑ Le implicazioni sono sbalorditive: il modo in cui noi mangiamo si può trasmettere fino oltre la **IV° generazione**.

Le implicazioni della possibilità di “interferire” sono straordinarie, non solo in termini di “salute” fisica, ma nel complesso del **benessere fisico, mentale e sociale**.



*Early  
development*

**Sviluppo  
iniziale**

### **Exposure**

- Early environment e.g. prenatal nutrition

### **Record**

- Epigenetic change e.g. in DNA methylation
- Some loci are particularly sensitive

### **Propagate**

- Inherited during cell division
- Tissue- or even soma-wide presence
- Blood may mark other tissues

### **Retain**

- Stable maintenance unless age-related degeneration occurs

### **Express**

- Persistent change in transcriptional potential contributing to disease risk

### **Transmit**

- Transgenerational effects?

*Adult  
phenotype*

**Fenotipo  
adulto**

## **Esposizione**

Nutrizione prenatale (ambiente iniziale)

## **Registrazione**

Cambi epigenetici (ad es. metilazione DNA)  
Alcuni loci sono particolarmente sensibili

## **Propagazione**

Eredità durante la divisione cellulare  
Presenza nei tessuti e nel corpo  
Il sangue può segnare altri tessuti

## **Conservazione**

Mantenimento stabile salvo la degenerazione determinata dall'invecchiamento

## **Espressione**

Cambiamenti persistenti nella trascrizione con potenziale contributo al rischio di malattia

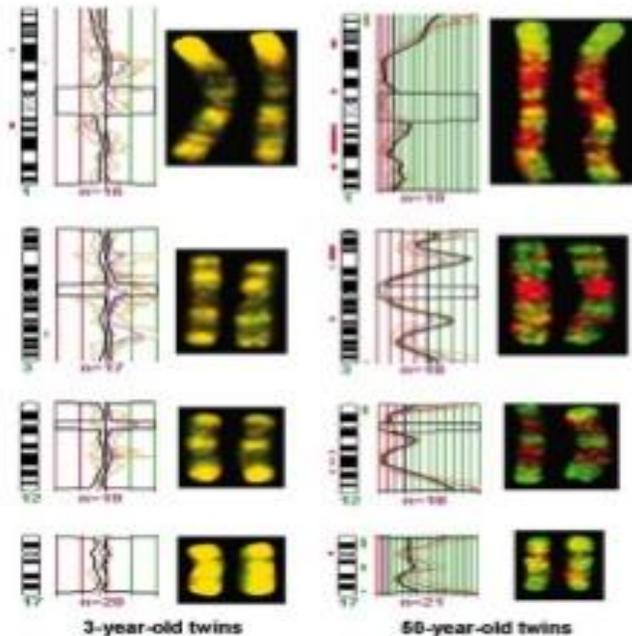
## **Trasmissione**

Effetti transgenerazionali

# GEMELLI MZ ED EPIGENETICA

## Epigenetic differences arise during the of monozygotic twins

Marlo F. Fraga\*, Esteban Ballestar\*, Maria F. Paz\*, Santiago Ropero\*, Fernando Setien\*,  
Damià Heine-Suñer\*, Juan C. Cigudosa<sup>1</sup>, Miguel Urioste<sup>1</sup>, Javier Benitez<sup>1</sup>, Manuel Boix<sup>1</sup>,  
Abel Sanchez-Aguilera<sup>1</sup>, Charlotte Ling<sup>1</sup>, Emma Carlsson<sup>1</sup>, Pernille Poulsen<sup>1\*</sup>, Allan Vaag<sup>1</sup>,  
Zarko Stephan<sup>1†</sup>, Tim D. Spector<sup>1†</sup>, Yue-Zhong Wu<sup>1†</sup>, Christoph Plass<sup>1†</sup>, and Manel Esteller\*

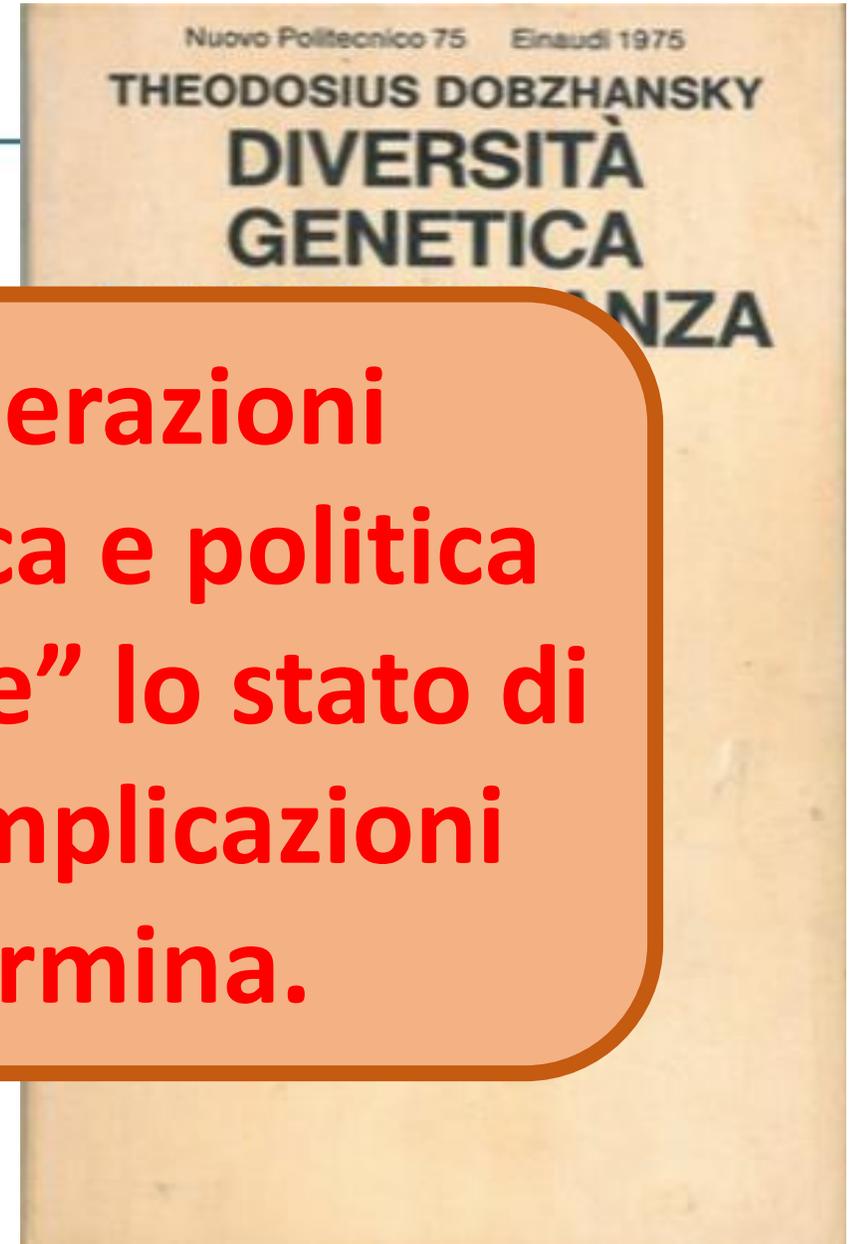


Incremento di

- Verde: area di
- Rosso: area di
- Giallo: area di

Differenze  
epigenetiche si  
sviluppano nel corso  
della vita in gemelli  
monozigoti

# GEMELLI MONOZIGOTI



**A ciascuno di noi le considerazioni sull'importanza sanitaria, etica e politica di sapere che si può "modulare" lo stato di salute fisico e mentale e le implicazioni sociali che tutto ciò determina.**

Le differenze tra gemelli MZ possono essere il risultato di scelte personali

La carestia  
olandese



**Figure 2.** A typical daily ration distributed by the local authorities in the famine-struck western part of the Netherlands consisted of two slices of bread, two potatoes and piece of sugar beet. The newspaper in the background announces the closure of the soup kitchens.

La tipica **razione giornaliera** distribuita dalla Autorità locali nel corso della carestia che colpì le regioni occidentali dell'Olanda consistente in **2 fette di pane, 2 patate e un pezzo di barbabietola da zucchero.**

Il giornale sullo sfondo annunciava la chiusura dei refettori.

OLANDA



# Brevi note storiche sulla carestia olandese

6 giugno 1944. Sbarco alleato in Normandia.

L'Olanda è occupata dai Tedeschi da 4 anni e la liberazione sembra imminente.

A fine estate sono stati liberati: Parigi, Belgio e il meridione olandese.

Il governo olandese in esilio proclama uno sciopero dei trasporti per bloccare i rinforzi di truppe e armi dalla Germania.

# Brevi note storiche sulla carestia olandese

Per rappresaglia i Tedeschi bloccano i trasporti di cibo e carburanti.

Nel novembre 1944 viene trovato, dagli Alleati, il modo di aggirare il blocco del trasporto su terra, via mare. Purtroppo fu un inverno glaciale e tutti i canali erano ghiacciati e quindi non navigabili.

Dal novembre 1944 ha inizio la **CARESTIA OLANDESE**.

Review

## Prenatal exposure to the Dutch famine and disease in later life: An overview

Rebecca C. Painter<sup>a,\*</sup>, Tessa J. Roseboom<sup>a</sup>, Otto P. Bleker<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

<sup>b</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

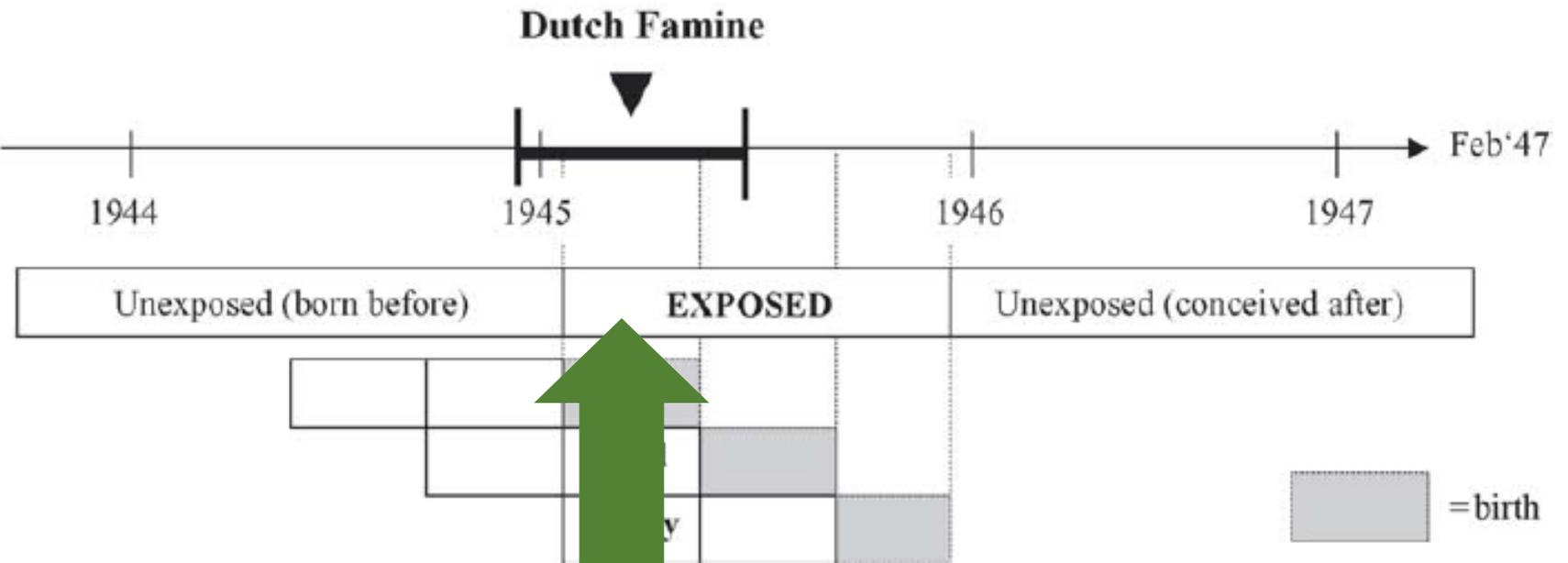
Received 9 February 2005; received in revised form 30 March 2005; accepted 1 April 2005

Available online 12 May 2005

### Razioni in calorie

Dic 1943	1.800
Ott 1944	1.400
Nov 1944	1.000
Dic 1944 – Apr 1945	400-800
Giu 1945	> 2.000

**5 maggio 1945**  
**Liberazione**  
**del'Olanda**



**5 maggio 1945**

## Le donne in grado di poter sostenere una gravidanza erano probabilmente le più «forti».

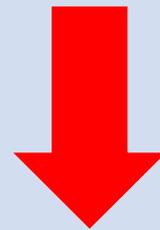
Maternal and infant characteristics according to timing of prenatal exposure to the Dutch famine (mean and standard deviation)

	Exposure to famine					All (S.D.)	<i>n</i>
	Born before	Late gestation	Mid gestation	Early gestation	Conceived after		
Number	764	307	297	217	829	2414	
Proportion of men	53%	49%	49%	50%	53%	52%	2414
Maternal characteristics							
Age (years)	29	30	28	28	28	28 (6.4)	2414
Primiparous	40%	30%	37%	39%	39%	38%	2414
Not married	13.2 %	9.8%	20.2%	25.8%	16.3%	15.8%	2414
Weight at last antenatal visit (kg)	66.7	61.8 <sup>§</sup>	63.5 <sup>§</sup>	67.9	69.1	66.6 (8.7)	2133
Weight gain 3rd trimester (kg)	3.2	0.0 <sup>§</sup>	4.9 <sup>§</sup>	5.7 <sup>§</sup>	4.3	3.5 (3.2)	1682
Infant characteristics							
Birth weight (g)	3373	3133 <sup>§</sup>	3217 <sup>§</sup>	3470 <sup>§</sup>	3413	3346 (477)	2414
Birth length (cm)	50.5	49.4 <sup>§</sup>	49.8 <sup>§</sup>	50.9 <sup>§</sup>	50.5	50.3 (2.2)	2382
Head circumference (cm)	32.9	32.3 <sup>§</sup>	32.1 <sup>§</sup>	32.8	33.2	32.8 (1.6)	2397
Ponderal index (kg/m <sup>3</sup> )	26.1	25.8 <sup>§</sup>	26.0 <sup>§</sup>	26.2	26.5	26.2 (2.4)	2382
Placental area (cm <sup>2</sup> )	370	339 <sup>§</sup>	346	340 <sup>§</sup>	350	353 (83)	2056
Gestational age (days)	285	283 <sup>§</sup>	285	287	286	285 (12)	2044

## Importanza del periodo di esposizione alla «carestia» su quello che sarà il «danno» in età adulta avanzata.

Adult characteristics according to timing of prenatal exposure to the Dutch famine. Mean and standard deviation							
	Exposure to famine					All (S.D.)	n
	Born before	Late gestation	Mid gestation	Early gestation	Conceived after		
Adult characteristics							
Number	264	140	137	87	284		912
Proportion of men	49%	47%	39%	41%	50%	47%	
Plasma glucose 120 min <sup>a</sup> (mmol/l)	5.7	6.3 <sup>§</sup>	6.1	6.1	5.9	6.0 (1.4)	702
Plasma insulin 120 min <sup>a</sup> (pmol/l)	160	200 <sup>§</sup>	190	207	181	181 (2.4)	694
LDL/HDL cholesterol <sup>a</sup>	2.91	2.82	2.69	3.26 <sup>§</sup>	2.94	2.90 (1.53)	704
Fibrinogen (g/l)	3.02	3.05	3.05	3.21	3.10	3.07 (0.6)	725
Factor VII <sup>a</sup> (% of standard)	128	131	133	117 <sup>§</sup>	133	129 (1.4)	725
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>a</sup>	26.7	26.7	26.6	28.1	27.2	27.0 (1.2)	741
Coronary heart disease	3.8%	2.5%	0.9%	8.8% <sup>§</sup>	2.6%	3.3%	736
Microalbuminuria (ACR $\geq$ 2.5)	8%	7%	12% <sup>§</sup>	9%	4%	7%	724
Systolic blood pressure (mmHg)	126.0	127.4	124.8	123.4	125.1	125.5 (15.5)	739
Diastolic blood pressure (mmHg)	86.2	86.4	84.4	84.8	85.2	85.6 (9.9)	739
Obstructive airways disease	15.5%	15.0%	24.8% <sup>§</sup>	23.0%	17.3%	18.1%	733
General health poor	4.5%	6.4%	3.7%	10.3% <sup>§</sup>	5.3%	5.5%	912

Periodo della gravidanza	Caratteristiche alla nascita	Organo e/o apparato interessato	Danno in età adulta
<b>Primo trimestre</b> Nati 19 ago – 8 dic 1945		<b>Cuore</b>	Malattia coronarica Iperlipidemia Obesità Problemi coagulazione
<b>Secondo trimestre</b> Nati 29 apr – 18 ago 1945	Peso Altezza CC	<b>Polmoni</b>	COPD Microalbuminuria
<b>Terzo trimestre</b> Nati 7 gen – 28 apr 1945	Peso Altezza CC	<b>Pancreas</b>	Ridotta tolleranza glucidica



**IMPORTANZA DELL'ALIMENTAZIONE MATERNA**

# Carestia olandese: la cronicità nata in utero

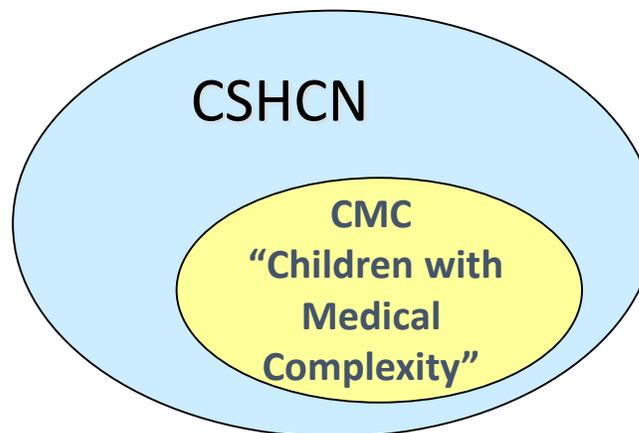
Questo straordinario “modello naturale” ha dimostrato come **la cronicità possa nascere da molto lontano** e l'importanza dei primi 1.000 giorni.

# Children with Medical Complexity

*Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2012;42:113-119*  
*Pediatrics 2011;127:529*

## CMC vs CSHCN

- greater clinic fragility
- greater need for intensive care



PEDIATRICS

QUOTIDIANO DI SCIENZE MEDICHE E VETERINARIE

### Special Article

#### Children With Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives

Eval Cohen, MD, MSc, FRCP(C)<sup>1,2,3,4</sup>, Dennis Z. Kuo, MD, MHS<sup>5</sup>, Rishi Agrawal, MD, MPH<sup>1,2</sup>, Jay G. Berry, MD, MPH<sup>2</sup>, Santi K. M. Bhagat, MD, MPH<sup>3</sup>, Tamara D. Simon, MD, MSPH<sup>1</sup>, Rajendu Srivastava, MD, MPH, RPC(C)<sup>1</sup>  
**ABSTRACT**

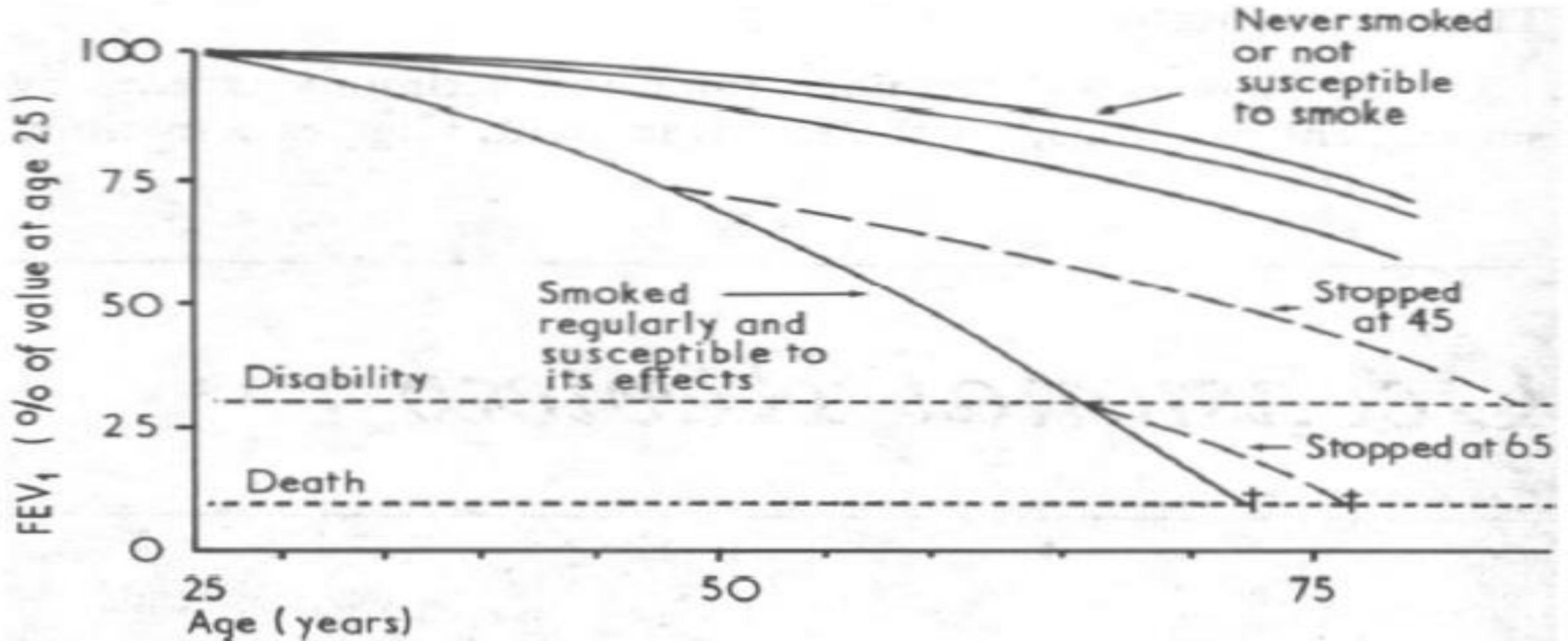
Children with medical complexity (CMC) have medical fragility and intensive care needs that are not easily met by existing health care models. CMC may have a congenital or acquired multisystem disease, a severe neurologic condition with marked functional impairment, and/or technology dependence for activities of daily living. Although these children are at risk of poor health and family outcomes, there are few well-characterized clinical initiatives and research efforts devoted to improving their care. In this article, we present a definitional framework of CMC that consists of substantial family-identified service needs, characteristic chronic and severe conditions, functional limitations, and high health care use. We explore the diversity of existing care models and apply the principles of the chronic care model to address the clinical needs of CMC. Finally, we suggest a research agenda that uses a uniform definition to accurately describe the population and to evaluate outcomes from the perspectives of the child, the family,

**BAMBINI CON  
COMPLESSITA'  
ASSISTENZIALI**

- Malattie multisistemiche
- Gravi invalidità con interessamento del SNC
- Patologie oncologiche con interessamento multiorgano
- Dipendenza giornaliera da apparati e/o strumenti tecnologici

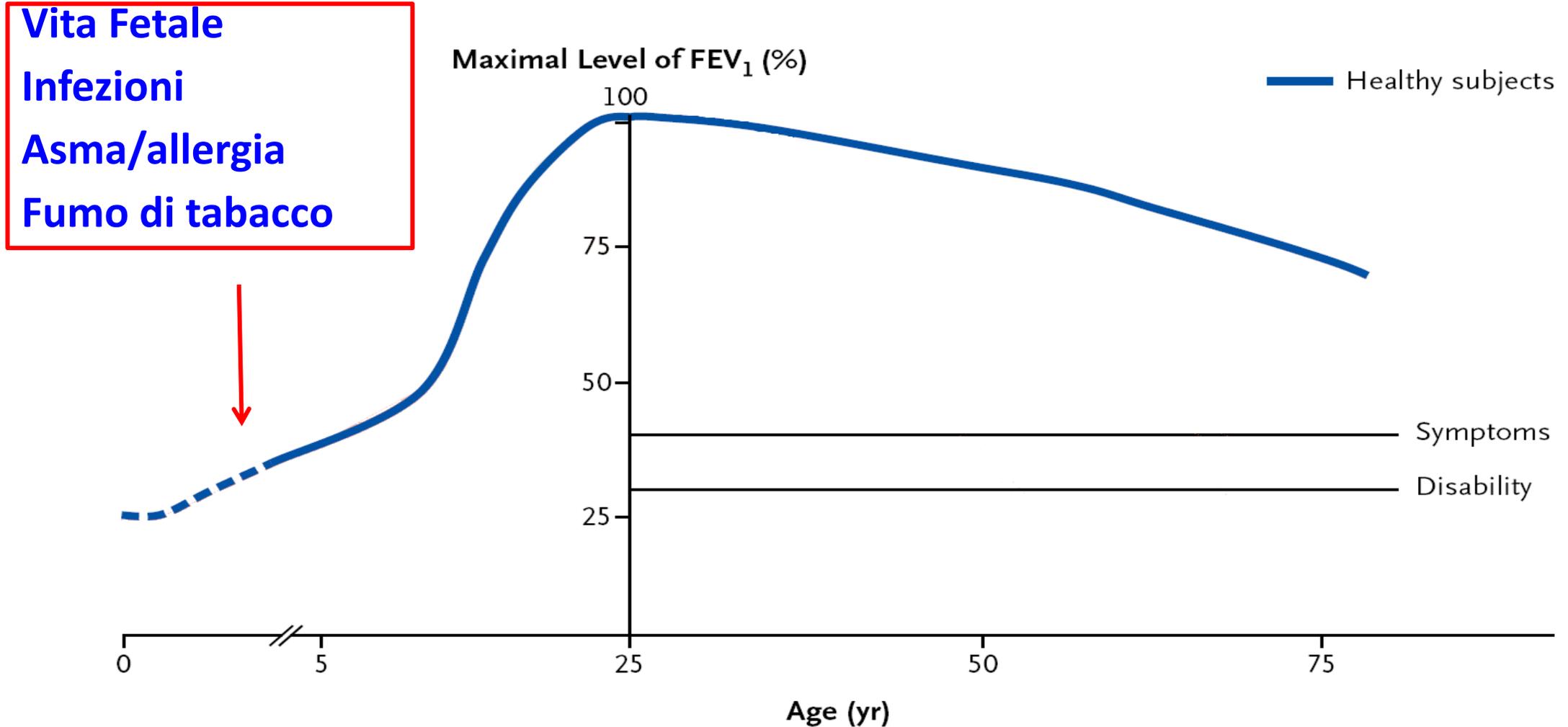
# Model of changes of lung function in healthy subjects

Fletcher & Peto BMJ 1977



# Model of changes of lung function in healthy subjects

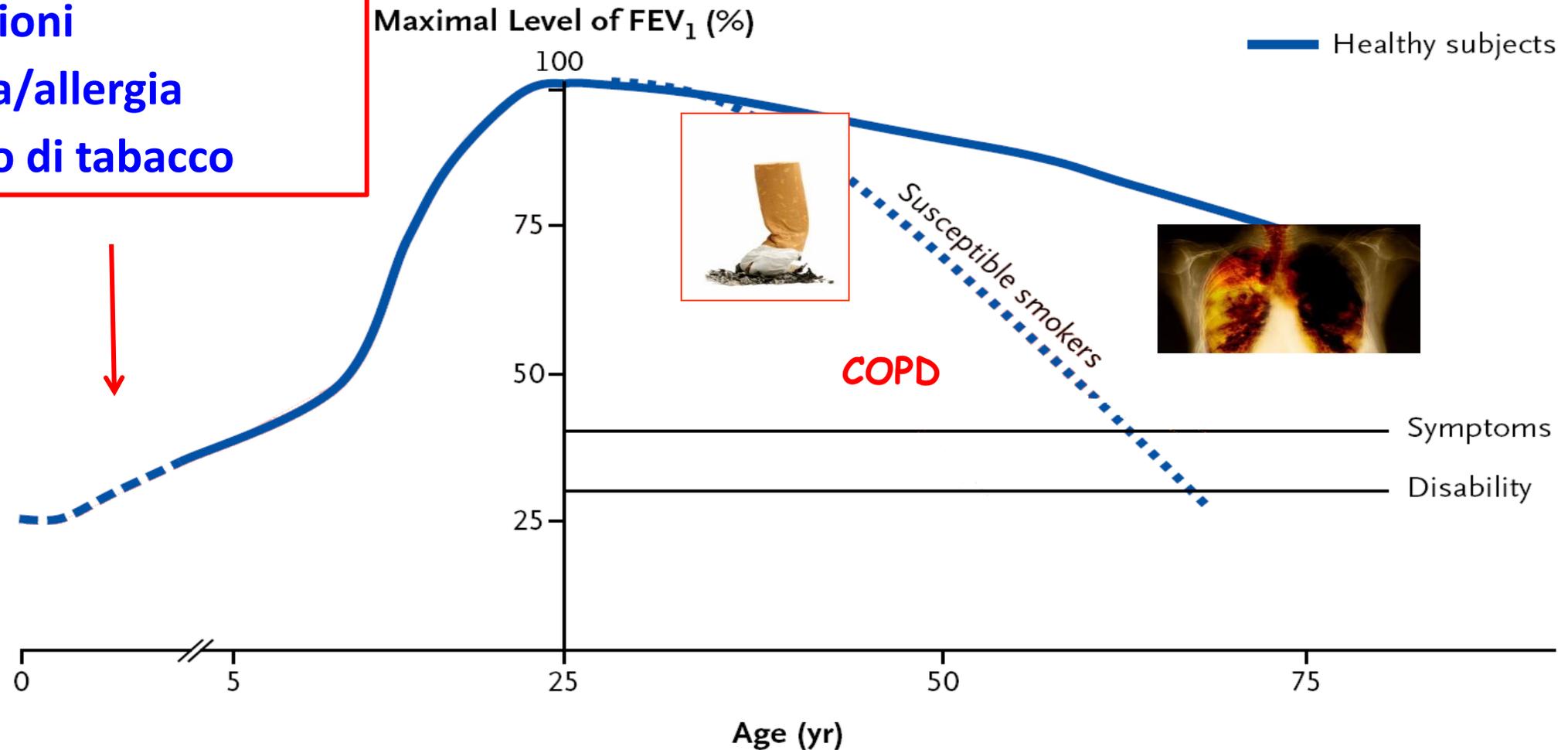
Fletcher & Peto BMJ 1977



# Model of changes of lung function in healthy subjects

Fletcher & Peto BMJ 1977

Vita Fetale  
Infezioni  
Asma/allergia  
Fumo di tabacco



# Il bambino con necessità assistenziali speciali

Ottimizzare le risorse  
Qualità assistenziale di alto profilo professionale in  
continuità tra ospedale e territorio

Territorio

Bambino con  
necessità  
assistenziali  
speciali

H

Società

Aree non  
«coperte»

Scuola

RETE che rispetti  
la gerarchia delle  
necessità  
assistenziali

Anche in un sistema virtuoso, molte delle  
esigenze del bambino con necessità  
assistenziali speciali non vengono  
«coperte».

# CRITICITA' DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA

- **OBESITA'**
- **ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO**
- **VACCINAZIONI**

**INSUCCESSI CHE HANNO MINATO IL PRESTIGIO E LA CREDIBILTA' DELLA PEDIATRIA**

E' ben dimostrato da anni il drammatico rapporto tra indice di massa corporea e aspettativa di vita a conferma dell'importanza degli stili di vita e dell'alimentazione.

## Diminuzione della vita in funzione del BMI

secondo *Prospective Studies Collaboration: Body mass index ... mortality ... 900'000 adults ... 57 prospective studies.*  
Lancet 2009 373: 1083-96

Cc by P. Forster nc-2.5-it



**Table 3**

Lifelong discounted and undiscounted medical, education and social care costs for patients A and B expressed in EUR 2012.

Category	Patient A (septicaemia)		Patient B (meningitis)	
	Discounted	Undiscounted	Discounted	Undiscounted
<b>Medical costs</b>				
Acute care costs	€139,269	€139,269	€112,840	€112,840
Outpatient care	€9102	€13,400	€18,265	€43,126
Specialised equipment	€4095	€11,139	€37,936	€90,801
Prosthetics	€418,953	€934,186	n.a.	n.a.
Stump revision and skin graft surgery	€16,258	€21,683	n.a.	n.a.
Psychological problems	€23,306	€34,934	n.a.	n.a.
Cochlear implant	n.a.	n.a.	€9217	€11,715
General health problems	n.a.	n.a.	€91,232	€245,335
Epilepsy	n.a.	n.a.	€63,984	€185,458
Shunt revision surgery	n.a.	n.a.	€8151	€14,203
Public health	€75	€75	€150	€150
<b>Educational costs</b>				
Educational assistance	€25,942	€33,449	n.a.	n.a.
Special school	n.a.	n.a.	€154,658	€201,977
Transport from and to school	€4298	€6013	n.a.	n.a.
<b>Social care costs</b>				
Personal Social Services	€442,436	€733,841	€611,996	€1240,281
Other governmental costs	€99,538	€363,037	€307,432	€1003,791
Total medical costs	€611,058	€1154,686	€341,776	€703,627
Total education costs	€30,239	€39,462	€154,658	€201,977
Total social care costs	€541,974	€1096,877	€919,428	€2244,072
<b>Total lifelong costs</b>	<b>€1183,272</b>	<b>€2291,025</b>	<b>€1415,861</b>	<b>€3149,676</b>

**Paziente con setticemia:****Euro 1.183.272 – 2.291.025****Paziente con meningite: Euro 1.415.861 - 3.149.676**

# SUCCESSI DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA

- **MORTALITA' NEONATALE**
- **ONCOLOGIA**
- **MORTALITA' PEDIATRICA**
- **MALATTIE COMPLESSE**

**SUCCESSI CHE HANNO FATTO ACCRESCERE IL PRESTIGIO E LA CREDIBILTA' DELLA PEDIATRIA**

# CRITICITA' SOCIALI/CULTURALI DELLA PEDIATRIA

- **DENATALITA'**
- **ASSENZA VALORE SOCIALE MATERNITA'**
- **DISATTENZIONE PER L'ETA'EVOLUTIVA**
- **PARZIALE SOSTITUIBILITA'**
- **EMERGENZA NEUROPSICHIATRICA**

# Ruolo del Pediatra

Il ruolo del Pediatra si è arricchito di un nuovo importantissimo ruolo: non più «solo» la tutela della salute del soggetto in età evolutiva, ma **la responsabilità complessiva della salute dell'individuo per l'intera vita, dal concepimento (e anche prima).**

E' una sfida impegnativa, ma alla quale la Pediatria italiana è pronta e in grado di offrire risposte e strategie adeguate, competenti e coerenti.

Il Pediatra è il medico dell'intera vita.

Il Pediatra deve concentrare la propria azione professionale nella risposta alle specificità assistenziali pediatriche derogando ciò che altri sanno fare (anche meglio) e non sacrificando aree nelle quali essere presenti o assenti segna una marcata differenza.

**CENTRALITA' DELLA PEDIATRIA ALTAMENTE QUALIFICATA**

# Cosa caratterizza l'essere Pediatra?

Il Pediatra **testimonia** il processo evolutivo dell'accrescimento di un individuo, dalla nascita all'età adulta, sempre molto individuale, con una costante attenzione ai continui cambiamenti, alla necessità di modellare su quel soggetto, nel contesto in cui vive, le **migliori strategie per il raggiungimento dell'obiettivo ultimo: un adulto nelle migliori condizioni possibili per il più lungo tempo possibile.** Il benessere, lo stare bene, è il complesso risultato di una infinità d'interazioni in cui gli aspetti meramente sanitari sono esiti, sono un risultato che può essere raggiunto o fallito in maniera strettamente dipendente dal contesto.

# Cosa caratterizza l'essere Pediatra?

Per meglio esplicitare questo concetto, il problema di un Pediatra che opera in una zona di degrado culturale e sociale, dove ignoranza e violenza dominano la realtà quotidiana e la povertà è diffusa, nel farsi carico della salute psicofisica dei suoi piccoli pazienti non avrà certo come principale problema quello di diagnosticare e curare una polmonite, ma dovrà **promuovere tutte le opportunità che valorizzino la crescita della persona** perché solo questo potrà offrire maggiori possibilità, in quella realtà, di **raggiungere il benessere**. L'impegno nel sociale di quel Pediatra, promuovendo cultura e stili di vita, darà certamente risultati a breve e lungo termine non solo nei suoi pazienti, ma in tutta la comunità in cui opera. Esistono in tal senso esempi virtuosi .



Essere **Pediatra** sarà sempre più difficile e impegnativo, ma sarà ancora **più entusiasmante** cercare di garantire ai nostri piccoli pazienti la migliore assistenza possibile. Si deve riacquistare l'autorevolezza con una qualificata professionalità. Questo bambino dovrà, uscito dall'Ospedale, poter essere seguito, al proprio domicilio, da uno specialista Pediatra competente e qualificato, in grado di rispondere con competenza alle sue necessità assistenziali.

Dalla nascita  
e per l'intera vita...  
**ma quando  
inizia la vita?**

Da dove origina la vita? Quando inizia?



L'importanza dei primi 1000 giorni (270 gravidanza + 365 del I anno di vita + 365 del II anno vita = 1000) è ormai accreditata da rigorosa e strutturata letteratura.

Certo, è doveroso ribadire l'importanza che la gravidanza sia a termine (270 giorni, ovvero 39 settimane), sicura e condotta con serena attenzione (niente fumo, niente alcool, corretta e adeguata alimentazione e virtuosi stili di vita); ma anche rispettando tutti i controlli medico-ostetrici.



## **Ruolo della madre**

**Ma perché la gravidanza avvenga nelle “condizioni ottimali” è molto importante, per quanto intuitivo è ora documentato, che la futura mamma abbia l’“età giusta” e stia bene in salute. Deve stare bene in salute il giorno del concepimento, ma sempre più studi e più dati indicano chiaramente che è importante che goda di buona salute anche nelle settimane, nei mesi e, meglio ancora, negli anni precedenti.**



## Ruolo del padre

Sempre più evidenze scientifiche stanno dimostrando quanto sia **importante e determinante anche il ruolo del padre**. Al momento del concepimento? Certamente sì, ma anche prima. Anche per l'uomo esiste l'“**età giusta**” e sono fondamentali e condizionanti le condizioni di salute attuali e quelle degli anni precedenti.

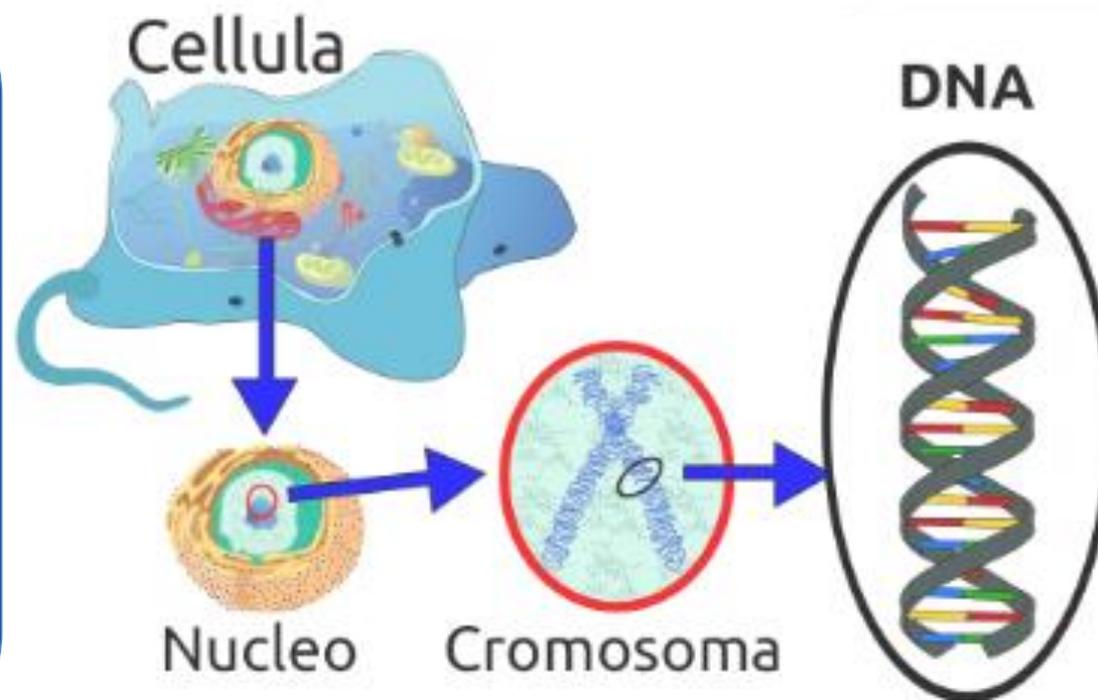




- I **geni** possono essere accesi o spenti dai **fattori ambientali**
- La **nuova impostazione** viene ereditata dalle **generazioni future**.
- La **nuova generazione** inizia la vita con l'interruttore impostato in base ai fattori ambientali del **progenitore**.
- Le implicazioni sono sbalorditive: il modo in cui noi mangiamo si può trasmettere fino oltre la **IV<sup>o</sup> generazione**.

Le implicazioni della possibilità di “interferire” sono straordinarie, non solo in termini di “salute” fisica, ma nel complesso del **benessere fisico, mentale e sociale**.

**Importanza della salute della madre e del padre**





## **Inizio della vita**

Ma allora, quando inizia la vita di ogni essere umano? Molto prima di quello che ognuno avesse mai potuto immaginare. È quindi possibile affermare che “la vita inizia prima ancora di cominciare”.

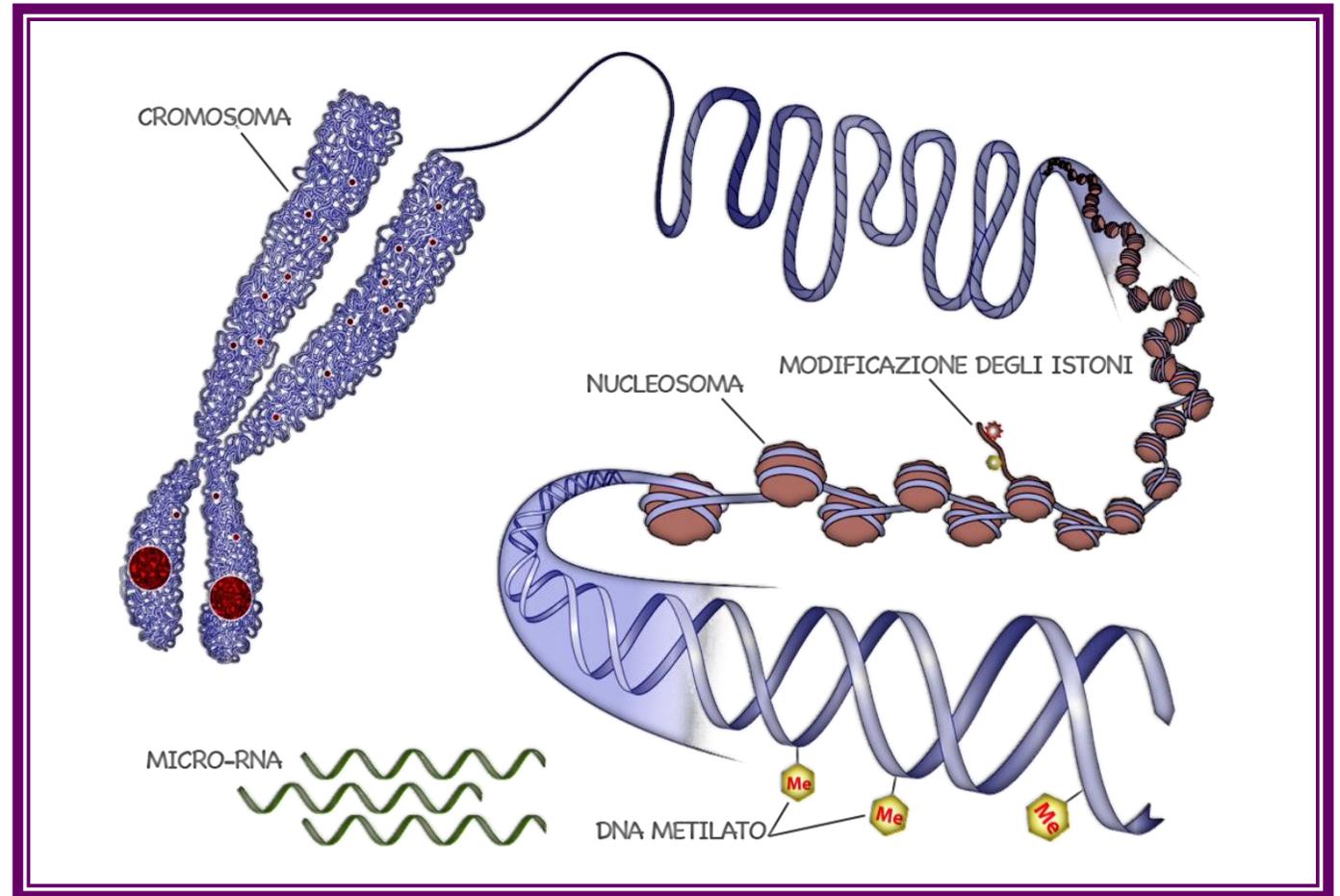
Allora dovremmo considerare con la massima attenzione i primi 1000 giorni dopo il concepimento, ma forse anche, con altrettanta attenzione, almeno i 1000 giorni che precedono il possibile concepimento.

# Cosa caratterizza l'essere Pediatra?

L'epigenetica ha reso ancora più impegnativo il ruolo del **Pediatra** e ne ha accresciuto la responsabilità attribuendo alle prime fasi della vita una **straordinaria potenzialità nel plasmare e delineare le caratteristiche di ogni singolo individuo** nell'immediato e per l'intera esistenza. Gli stili di vita e la qualità della vita stessa possono costruire il benessere coinvolgendo non solo le scelte personali, ma soprattutto essendo il risultato dell'ambiente in cui si vive.

Il **Pediatra** ha quindi una responsabilità sul singolo, ma sa bene di dover agire "politicamente" e "socialmente" per favorire la presenza del migliore contesto possibile in grado di favorire il benessere.

# IL PEDIATRA DI DOMANI





Rifiuto di tutte le proposte terapeutiche

< 0,7 %

Never did, or  
no longer vaccinated

Non accettano  
terapie

Accettano solo  
parte della terapia

Accettano  
tutte le terapie

Nel caso dei “minori” (senza possibilità di decidere autonomamente) il quesito etico è:

**“chi deve farsi carico di questi neonati, bambini, adolescenti?”**

**OTITE, POLMONITE, ASMA, GASTROENTERITE,  
MALATTIA AUTOIMMUNE, TUMORE, ecc.**

Un modo di essere  
Pediatra minimale,  
sostituibile,  
con scarsa specificità  
e professionalità,  
non in grado di  
affrontare criticità e  
complessità, limitato  
nella sua azione che  
cerca di occupare  
spazi già ben gestiti  
da altri.

**TRAMONTO**

Questo sole è la  
**Pediatria:**  
sta **tramontando**  
o sta **sorgendo?**

**ALBA**

Un Pediatra  
ad alta professionalità,  
insostituibile, duttile,  
in grado di affrontare  
criticità e complessità,  
riferimento autorevole  
e credibile per gli altri  
medici, per le famiglie,  
per la società in reale  
continuità assistenziale.

# Un nuovo modello di assistenza pediatrica

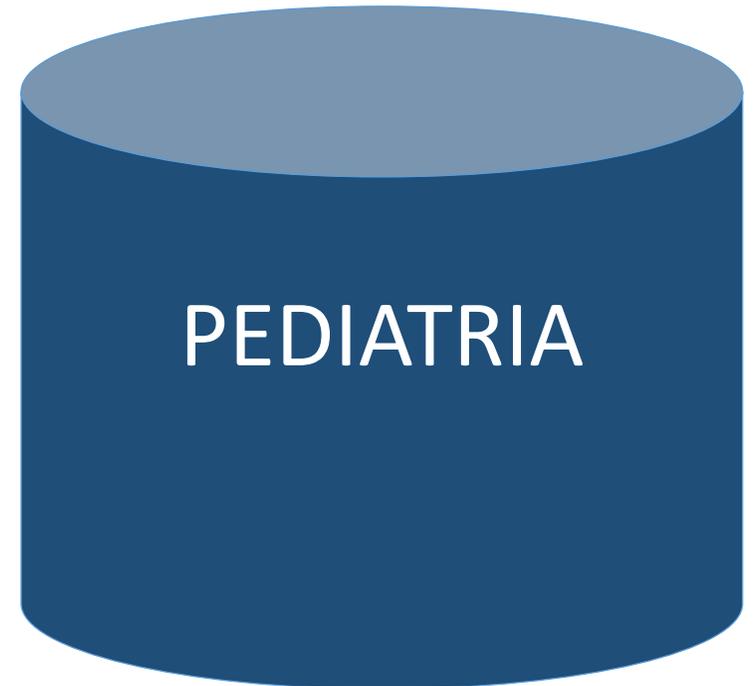


Negli ultimi 40 anni tutto è cambiato. Ci sono professioni che non esistono più, altre che sono state completamente stravolte, ne sono nate di nuove: questo anche in medicina. Solo l'organizzazione pediatrica è staticamente ancorata a un modello non più attuale e che manifesta l'inadeguatezza ai grandi cambiamenti scientifici, sociali, culturali, economici.

# Responsabilità e autorevolezza

- **L'assistenza ospedaliera**, rivolta a pazienti gravi e/o complessi, si caratterizzerà sempre più per l'intensità delle cure. Il Pediatra Ospedaliero dovrà essere in grado di avere competenze su strumentazioni e presidi tecnologicamente avanzati e gestire terapie multispecialistiche; dovrà essere riferimento per il paziente, per la famiglia, ma anche e soprattutto per tutte le figure professionali che opereranno per il benessere dei piccoli pazienti.
- **L'assistenza nel territorio** si caratterizzerà sempre più sulla prevenzione e sulla capacità di gestire pazienti complessi e/o cronici al di fuori delle strutture ospedaliere. Anche nel Territorio sarà il Pediatra a garantire al paziente in età evolutiva il coordinamento e la qualità delle cure.

# Un nuovo modello di assistenza pediatrica



Dall'attuale modello per SILOS distinti e indipendenti (separati), con diverse competenze e professionisti differenti, a un modello dove lo stesso professionista operi sia nel territorio che nell'ospedale rispondendo alle esigenze dei pazienti con competenza in tutto il loro percorso assistenziale. Questo garantirebbe realmente continuità assistenziale e rapporto fiduciario.

%

R  
I  
E  
N  
T  
R  
O

investimenti  
in  
capitale  
umano

Attività nei primissimi periodi di vita

Asilo, nido

Scuola

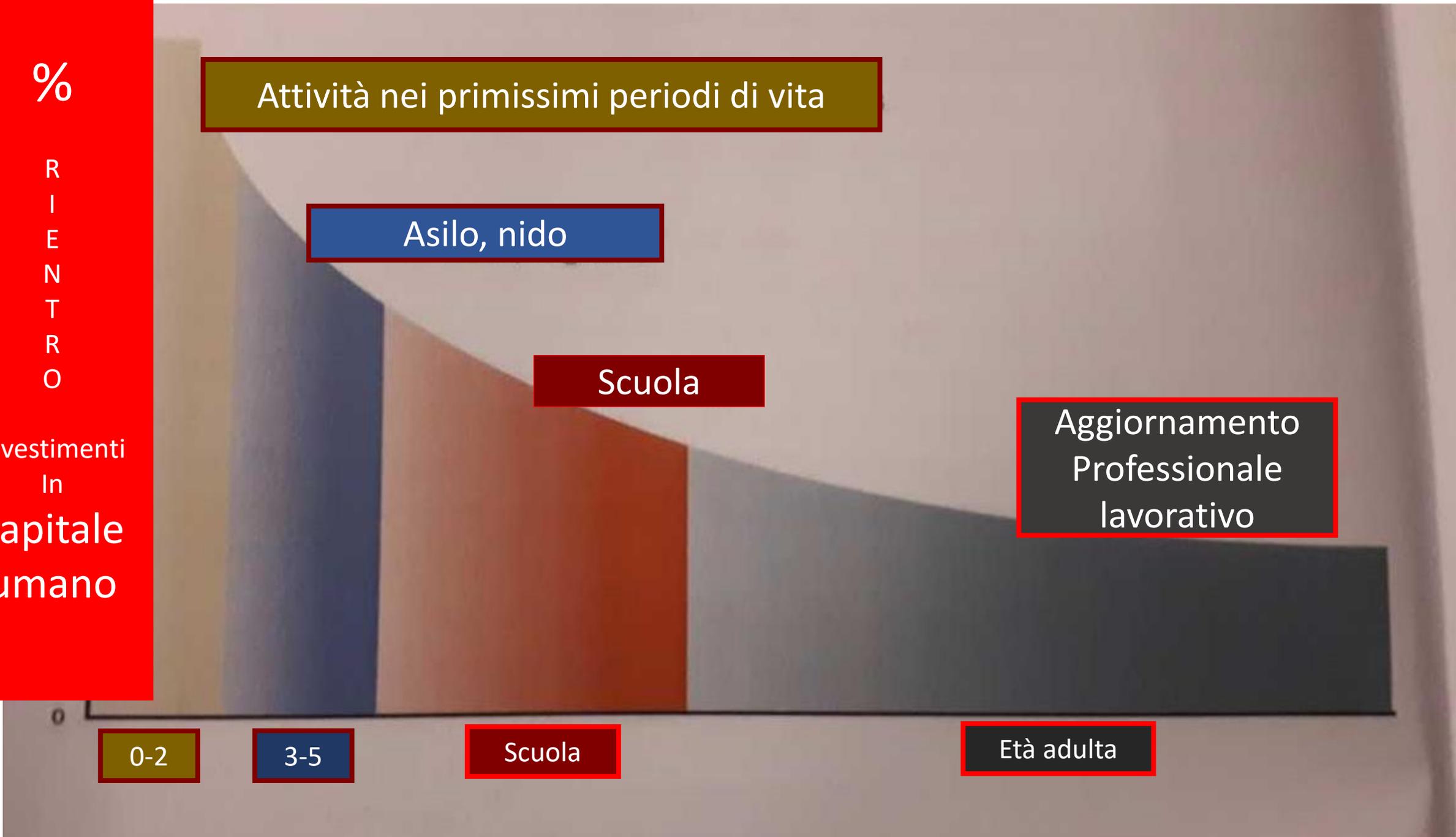
Aggiornamento  
Professionale  
lavorativo

0-2

3-5

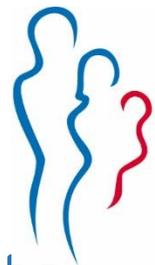
Scuola

Età adulta





**ARRIVEDERCI A ROMA**  
**24 – 28 novembre 2020**



Società Italiana di **Pediatria**

Dalla nascita e per l'intera vita

76° Congresso Italiano di Pediatria  
Roma, 24-28 novembre 2020



# Forum 2019 Mediterraneo in Sanità

18-20 SETTEMBRE 2019 | BARI | FIERA DEL LEVANTE

L'OSSERVATORIO ITALIANO  
DELLA PREVENZIONE (OIP):  
DALLA PUGLIA ALL'ITALIA?

Promosso da



Fondazione Smith Kline

Con il patrocinio di



REGIONE PUGLIA

19 SETTEMBRE 2019

SALA BARI | ORE 9.30 - 13.30  
FIERA DEL LEVANTE | NUOVO CENTRO CONGRESSI

INGRESSO ITALO ORIENTALE  
PIAZZALE VITTORIO TRIGGIANI | LUNGOMARE STARITA 4

## PREVENZIONE

1) DENATALITA' (politiche sociali)

1) ASSISTENZA NEONATOLOGICA E  
PEDIATRICA QUALIFICATA e  
DUTTILE (nuovo modello formativo  
e organizzativo)

1) SPECIFICITA' PEDIATRICA  
(attenzione al paziente, non ai  
luoghi dove l'assistenza viene  
erogata)