

Corso di Formazione per Pediatri di libera scelta

Anno 2019

**TITOLO: RUOLO DEL PEDIATRA NEL PIANO DI
PREVENZIONE REGIONALE 2014-2018 (Del. Reg. n
65/2016)**

**Ricercare per prevenire: la nuova normativa europea, le
GCP e la Metodologia della ricerca clinica
O.C. Pescara -8 giugno 2019**

Relatori:

Dott Stefano Tumini - Responsabile servizio diabetologia pediatrica Clinica Ped.
Chieti

Prof. Aristide Saggino Prof. ordinario psicologia generale Università di Chieti

Prof Marco Tommasi del Dip. Scienze psicologiche Univ. di Chieti

Prof Gianluca Antonucci Ricercatore di Economia aziendale Univ. di Chieti

Animatori:

dott.ri M.Lanci, L. La Guardia, F. Varrasso

ABSTRACT

La prevenzione cardiovascolare e metabolica deve iniziare nell'infanzia. E' noto infatti che i fattori predisponenti all'aterosclerosi hanno origine in età pediatrica e possono quindi essere identificati durante l'infanzia.

Partendo da questi assunti:

- Lo sviluppo e progressione dell'aterosclerosi si correla al numero e all'intensità dei fattori di rischio CV, presenti nell'infanzia
- I fattori di rischio tendono a persistere dall'infanzia alla vita adulta
- Esistono possibilità di prevenzione per la gestione dei fattori di rischio noti.

Un programma di prevenzione efficace deve considerare le seguenti componenti

- 1.Prevenzione primordiale ossia prevenzione dello stabilirsi dei fattori di rischio
- 2.Prevenzione primaria ossia riconoscimento e gestione dei bambini con fattori di rischio identificati.

Poiché la riduzione dei fattori di rischio nel bambino riduce il rischio CV nell'adulto, modifiche nei fattori di rischio si traducono in modifiche della prevalenza di CVD nell'età adulta; in età pediatrica Inoltre i programmi di

prevenzione hanno maggiore efficacia se erogati da professionisti con specializzazione pediatrica, in particolare se a ciclo di fiducia.

È illusorio e non sostenibile da un punto di vista economico arrestare l'aumento dell'incidenza di sindrome metabolica, malattia cardiovascolare e diabete di tipo 2 se si fa prevenzione (in questo caso quasi sempre secondaria) solo in età adulta. Se si intende realizzare una prevenzione primordiale (su tutta la popolazione) o primaria sui soggetti a rischio, gli interventi sullo stile di vita devono essere focalizzati in età pediatrica.

Nell'ultimo secolo si è verificato un graduale passaggio dal concetto biologico di malattia a quello biopsicosociale, in accordo con la definizione di stato di salute che secondo l'OMS comprende anche gli aspetti psicologici, sociali e culturali.

L'impatto delle patologie sull'individuo viene conseguentemente considerato attualmente inglobando tutte le variabili componenti della Qualità della Vita (QoL Quality of live).

La QoL viene valutata anche attraverso l'utilizzazione di questionari generici per la popolazione e specifici per gruppi di soggetti affetti da patologie ben definite. I questionari generici ampiamente applicabili hanno il vantaggio di essere utilizzabili in ampie fasce di popolazione mentre quelli specifici si concentrano sui problemi rilevanti per una specifica condizione, sito o malattia. Ciascuno è adatto per diverse circostanze. I primi consentono il confronto tra persone di gruppi diversi i secondi sono meno adatti allo scopo.

L'analisi costo efficacia e la misurazione (QALY) è attualmente prerogativa di poche scale in età pediatrica e tra queste alcune non sono state ancora validate in italiano. Inoltre la necessità di codificare l'importanza degli stili di vita per gli interventi sulla popolazione ha portato allo sviluppo di scale in grado di stimare le abitudini al fumo, l'assunzione di alcool, la correttezza dell'alimentazione, l'attività fisica, ecc...

La rilevanza epidemiologica e socio-sanitaria delle variabili correlate al rischio cardiovascolare è tale che gli interventi sulla popolazione devono essere misurati in termini di QoL e quando possibile di QALY al fine di implementare programmi di prevenzione primaria sulla popolazione misurabili in termini di costo-efficacia. La disponibilità di una task force di professionisti in grado di realizzare un network di rilevazione degli esiti degli interventi anche in termini di QoL appare dunque strategica sia per il SSN che per il SSR.

Tale risultato presuppone un modello fondato su professionisti con adeguata esperienza circa le modalità di rilevazione, valutazione, follow-up degli interventi, che siano promotori di salute, ma anche misuratori dei propri interventi condotti con metodologie validate.