



“Legislação e cuidados de saúde do adolescente na Itália”

“Legislazione e setting assistenziale dell'adolescente in Italia”

Piernicola Garofalo

Presidente Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza

WHO Terminology

- **Adolescents**: People aged 10-19 years
- **Young people**: People aged 10-24 years

Adolescence subgroups

- **Early**: 8-11 years
- **Middle**: 12-16 years
- **Late**: 17-20/24 years

Developmental tasks of adolescence

Biological

Psychological

Social

Early adolescence

Early puberty. Girls: breast bud and pubic hair development, start of growth spurt. Boys: testicular enlargement, start of genital growth

Concrete thinking but early moral concepts; progression of sexual identity development; possible homosexual peer interest; reassessment of body image

Emotional separations from parents; start of strong peer identification, early exploratory behaviours (smoking, violence)

Mid-adolescence

Girls: mid-late puberty and end of growth spurt; menarche; development of female body shape with fat deposition.

Boys: mid-puberty, spermatogenesis and nocturnal emissions; voice breaks; start of growth spurt.

Abstract thinking, but self still seen as “bullet proof” growing verbal abilities; identification of law with morality; start of fervent ideology (religious, political)

Emotional separation from parents; strong peer identification; increased health risk (smoking, alcohol); heterosexual peer interest.

Late adolescence

Boys: end of puberty; continued increase in muscle bulk and body hair

Complex abstract thinking; identification of difference between law and morality; further development of personal identity; further development of or rejection of religious and political ideology

Development of social autonomy; intimate relationships; development of vocational capability and financial independence

Definizione dell'area di competenza pediatrica in Europa

UNESPA

Le cure pediatriche sono definibili come l'assistenza medica degli individui durante la crescita e fino al completamento dello sviluppo cioè dalla nascita a 18 anni.

UEMS

Le cure pediatriche sono rappresentate dall'assistenza medica a bambini ed adolescenti fino al completamento della crescita e dello sviluppo.

*S.Bertelloni, S.Chiavetta, C.Volta, P.Garofalo, M.Strambi,
E.Dati,S.Bernasconi- Prospettive in Pediatria Ott.-Dic.2008*

L'assistenza agli adolescenti in Italia

Assistenza Territoriale
0 - 14 anni

Assistenza Ospedaliera
0 - 18 anni

*S.Bertelloni, S.Chiavetta, C.Volta, P.Garofalo, M.Strambi,
E.Dati, S.Bernasconi- Prospettive in Pediatria Ott.-Dic.2008*



Differenze tra i modelli di cure delle UO Pediatriche e dell'Adulto

- Consultazione familiare
- Team multidisciplinare e supporto psicosociale
- Numero di pazienti relativamente ridotto
- Competenze specifiche per malattie rare pediatriche
- Liste di attesa ridotte
- Sostegno dai coetanei/associazioni famiglie
- Consultazione individuale
- Supporto di team limitato
- Numero di pazienti elevato
- Scarsa esperienza per malattie rare ad insorgenza in età pediatrica
- Liste di attesa prolungate
- Assenza di supporti dai gruppi di coetanei

*S.Bertelloni, S.Chiavetta, C.Volta, P.Garofalo, M.Strambi,
E.Dati,S.Bernasconi- Prospettive in Pediatria Ott.-Dic.2008*

IL MINORE ADOLESCENTE NEL DIRITTO CIVILE

AL 18^{mo} ANNO = ACQUISIZIONE DELLA "CAPACITA' DI AGIRE" (CON LA MAGGIORE ETA');

AL 16^{mo} ANNO = POSSIBILITA' DI CONTRARRE MATRIMONIO, DI RICONOSCERE FIGLI NATURALI, DI CHIEDERE IL DISCONOSCIMENTO DI PATERNITA', DI IMPUGNARE IL PROPRIO RICONOSCIMENTO;

AL 14^{mo} ANNO = POSSIBILITA' DI INTERVENIRE NEL PROPRIO INTERESSE ED IN QUELLO DEL MANTENIMENTO DELL'UNITA' FAMILIARE;

AL 12^{mo} ANNO = POSSIBILITA' DI INTERVENIRE IN TEMA DI ADOZIONE;

AL 10^{mo} ANNO = RILEVANZA IN TEMA DI TUTELA.

Il minore adolescente nel Diritto Penale

Nell'ambito del **Diritto Penale** italiano l'adolescente e, comunque, il minore sono oggetto di particolare attenzione sotto il duplice profilo sia di un trattamento più benevolo quando essi sono autori di atti illeciti che di una maggiore severità nei riguardi di chi abusa di loro.

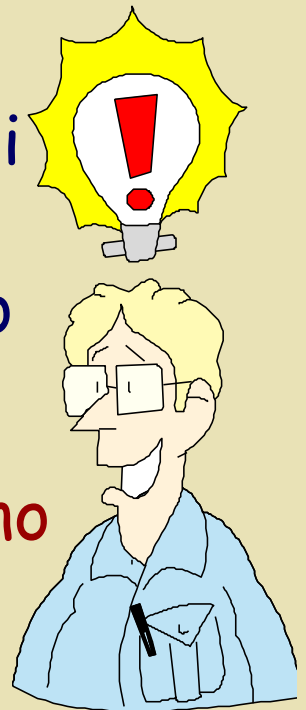
Il principio fondamentale è che sotto i 14 anni non si è mai imputabili (art. 97 CP) e che tra i 14 ed i 18 anni si è imputabili solo se si dimostra, caso per caso, il raggiungimento della capacità di intendere e di volere ma, comunque, la pena è diminuita fino ad un terzo (art. 98 CP).

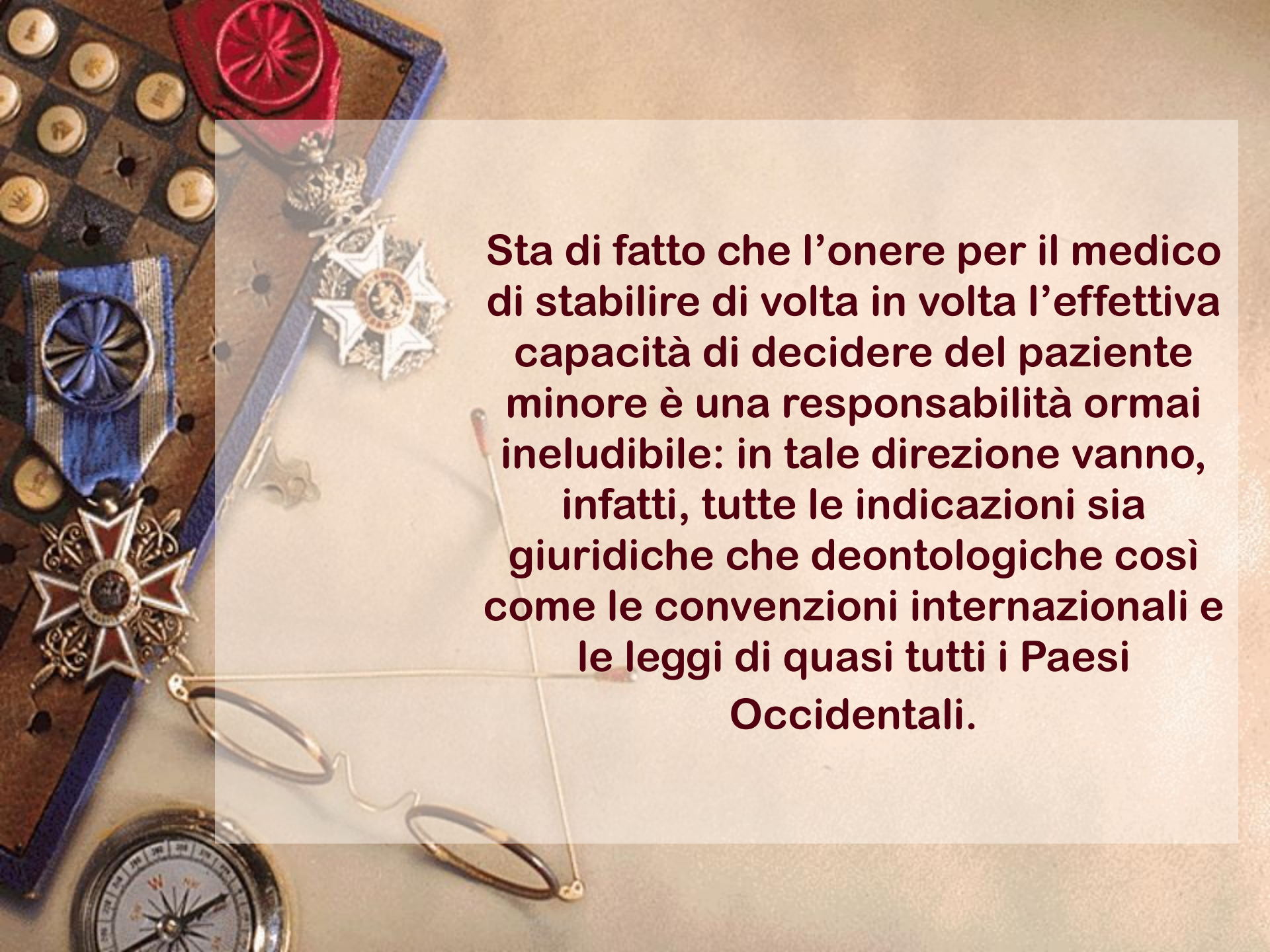
MINORI E CONSENSO INFORMATO

Appare scontato che l'adolescentologo quanto e, forse, più di ogni altro medico debba rispettare (se non altro nel proprio interesse) i diritti del malato. Il primo di tali diritti è stato sancito anche dall'art. 32 della Costituzione Italiana, laddove si stabilisce che “***..nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge...***”. Tale principio viene, per altro, confermato anche dall' art. 31 del Nuovo Codice di Deontologia Medica (CDM) dove si stabilisce che “***..il medico non deve intraprendere attività diagnostica e terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato..***”.

MA QUANDO IL MINORE POTRA' ESPRIMERE UN CONSENSO VALIDO?

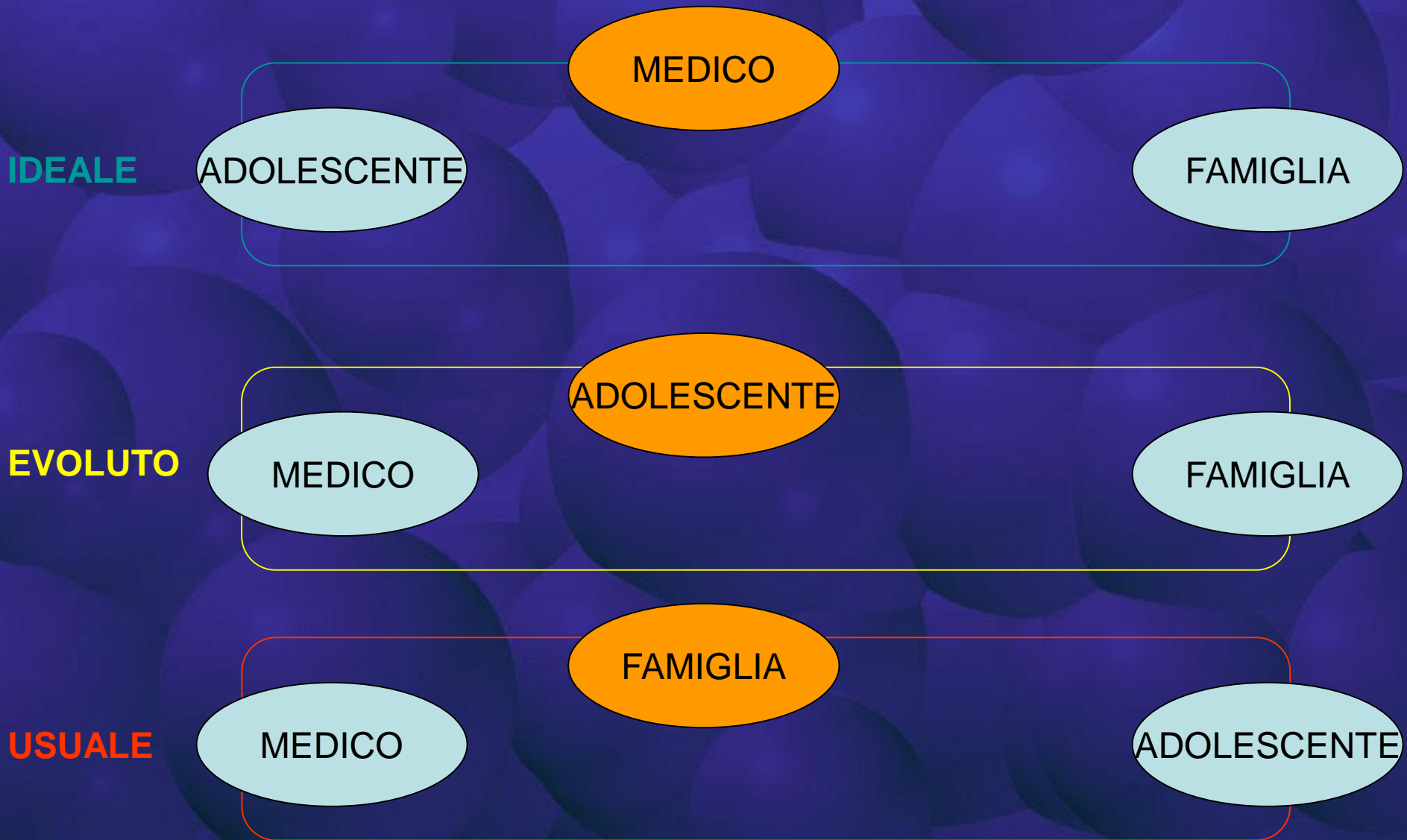
1. Solo dopo il conseguimento della maggiore età, in accordo con l'art. 2 del Codice Civile;
2. Dopo il superamento del 14° anno di vita e con l'acquisizione della capacità di intendere e di volere, rifacendosi alle norme del Codice Penale che disciplinano l'imputabilità;
3. Comunque anche tra il 14° e il 18° anno purché venga preliminarmente e con attenzione accertata la sua maturità critica e decisionale.



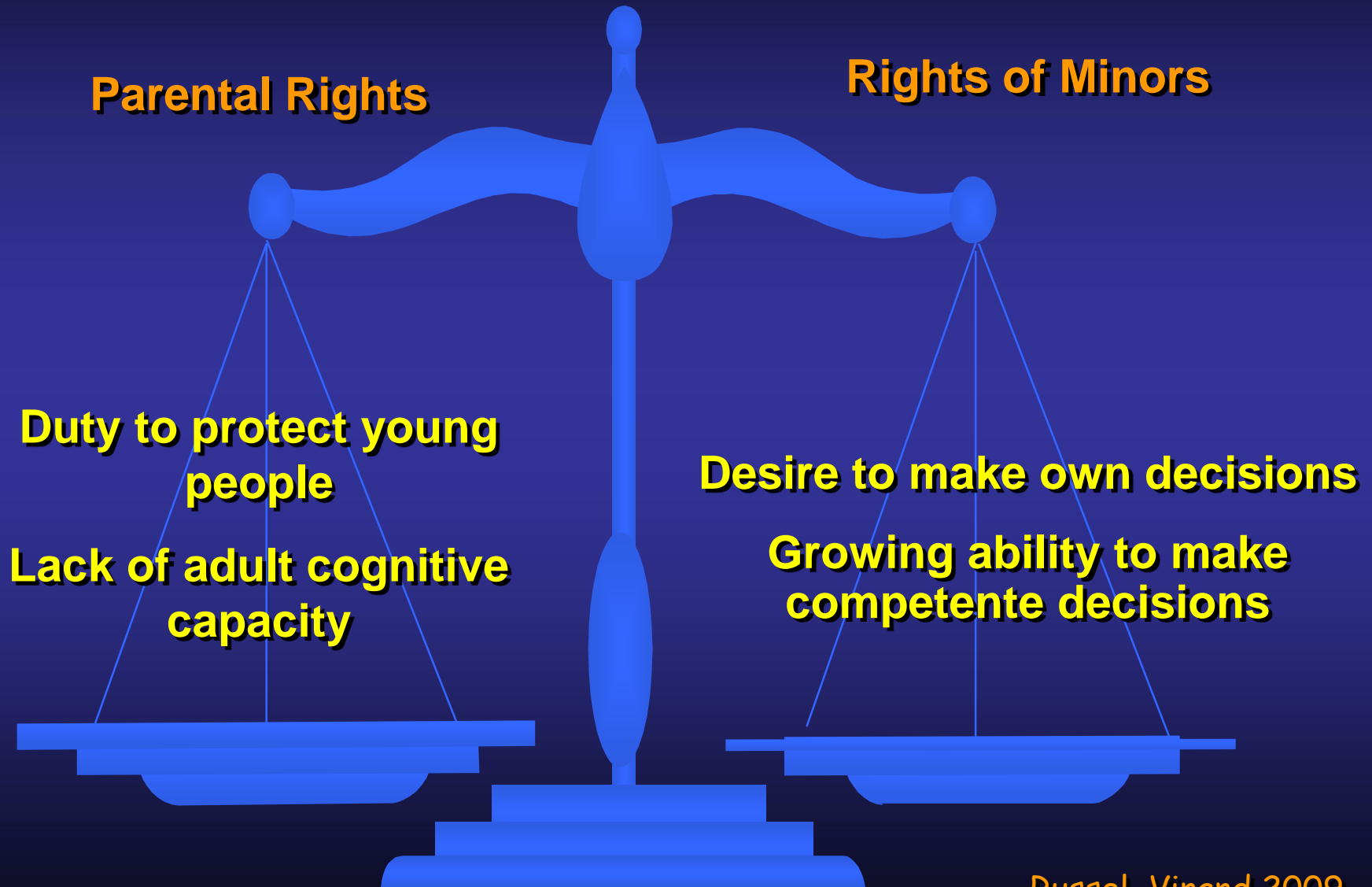
A collage of various symbols and objects. On the left, a chessboard with several pieces is visible. Below it, a blue ribbon with a circular emblem and a silver Maltese cross medal are shown. In the center, a white Maltese cross medal with a central emblem is displayed. A stethoscope is draped across the lower part of the image. In the bottom left corner, a circular compass is visible. The background is a light, textured surface.

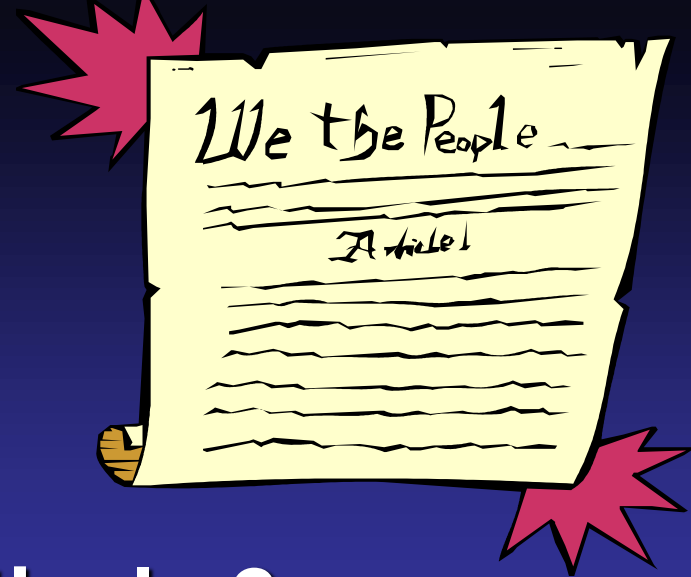
Sta di fatto che l'onere per il medico di stabilire di volta in volta l'effettiva capacità di decidere del paziente minore è una responsabilità ormai ineludibile: in tale direzione vanno, infatti, tutte le indicazioni sia giuridiche che deontologiche così come le convenzioni internazionali e le leggi di quasi tutti i Paesi Occidentali.

La specificità del rapporto



Balancing rights and responsibilities in adolescent care





Legge 194/78 Articolo 2.

La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.

I LIMITI CRONOLOGICI DELLA MINORE ETA'

Conclusioni...

LA SOMMINISTRAZIONE SU PRESCRIZIONE

DI CONTRACCETTIVI ORALI

E' CONSENTITA A SOGGETTI

DI ETA' COMPRESA TRA 13 E 18 ANNI



**L' INTERCETTAZIONE
POST-COITALE**

ADOLESCENTI E HIV

COME COMPORTARSI SE UN MINORE RICHIEDE IL TEST PER HIV?

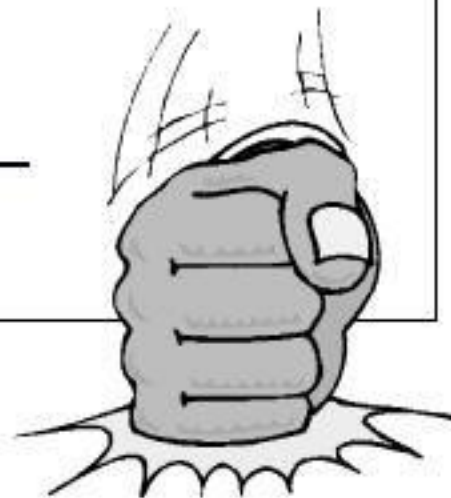
IN QUESTO CASO LA LEGGE PREVEDE CHE IL CONSENSO SIA ESPRESSO DAI GENITORI. SE IL MINORE DESIDERA COMUNQUE E PER MOTIVATE CAUSE DI NON COMUNICARE AI GENITORI LA DECISIONE DI FARE IL TEST, LA PRASSI È QUELLA DI PRENDERE IN CONSIDERAZIONE LA SUA RICHIESTA SE HA PIÙ DI 14 ANNI: QUESTA DECISIONE DOVRÀ ESSERE COMUNICATA CON LE RELATIVE MOTIVAZIONI AL TRIBUNALE DEI MINORENNI. QUALORA SI TRATTI DI UN MINORE CONIUGATO (ULTRA-SEDICENNE) OVVIAMENTE NON È NECESSARIA L'AUTORIZZAZIONE DI TERZI.



ADOLESCENTI E HIV

**NESSUNO PUÒ ESSERE SOTTOPOSTO, SENZA
IL SUO CONSENSO, AD ANALISI TENDENTI AD
ACCERTARE L'INFEZIONE DA HIV SE NON PER
MOTIVI DI NECESSITÀ CLINICA E NEL SUO
ESCLUSIVO INTERESSE**

-LEGGE 135 / 90, ART. 5, COMMA 3 –



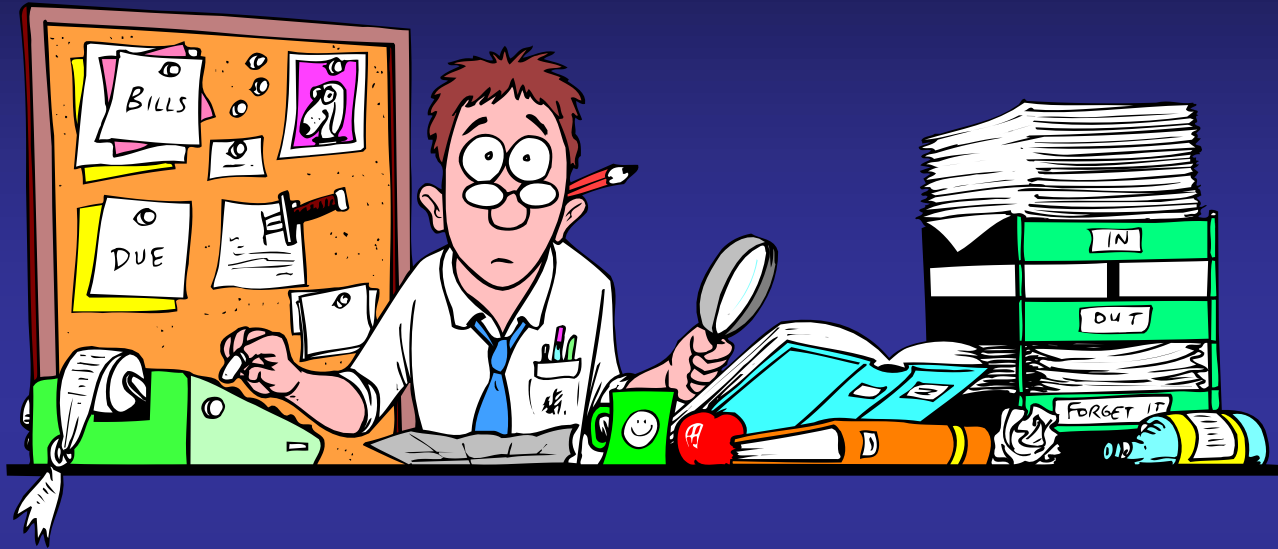
ADOLESCENTI E HIV

...LA COMUNICAZIONE DI RISULTATI DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DIRETTI O INDIRETTI PER INFEZIONE DA HIV PUO' ESSERE DATA ESCLUSIVAMENTE ALLA PERSONA A CUI TALI DATI SONO RIFERITI...

- Legge 135/90, art. 5, comma 3 -



IL "CODICE" DELLA PRIVACY



**Decreto Legislativo n. 196 del 30
giugno 2003
Codice in materia di protezione dei dati
personali**

Autonomia e competenza in età adolescenziale

Le zone grigie

- Accesso alle prestazioni di P.S.
- La contraccezione
- La diagnostica tossicologica e sierologica
- La diagnostica per immagini
- Gli interventi terapeutici in urgenza
- Quale parentalità (bigenitorialità vs monogenitorialità)



IL PERCORSO FORMATIVO in MEDICINA dell'ADOLESCENZA in ITALIA.

Non c'è stato finora nessun percorso specifico, la medicina dell'adolescenza è stata insegnata nell'ambito della scuola di specializzazione in PEDIATRIA:ma senza un indirizzo o dei programmi precisi.

La recente pubblicazione del nuovo Decreto di Riordino degli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione non ha modificato, come previsto nella bozza iniziale, **la durata del corso di studi della Scuola di Specializzazione in Pediatria, che si mantiene di 5 anni.**

Un elemento di grande importanza contenuto nel decreto è la rivisitazione dell'ordinamento delle scuole di specializzazione in pediatria, prevedendo **un triennio comune di base e un biennio finale distinto per indirizzi.**

Triennio (**curriculum pediatrico di base**), propedeutica ad un successivo biennio (**curriculum della formazione specifica e percorsi elettivi**), finalizzata ad acquisire la maturità professionale, consolidando competenze già in essere e ad acquisirne di nuove, in relazione ai percorsi professionalizzanti e specialistici:

- 1. Pediatria generale-cure primarie territoriali,**
- 2. Pediatria delle cure secondarie ospedaliere**
- 3. Pediatria delle cure specialistiche,** queste ultime scelte tra quelle che la Scuola è in grado di offrire.

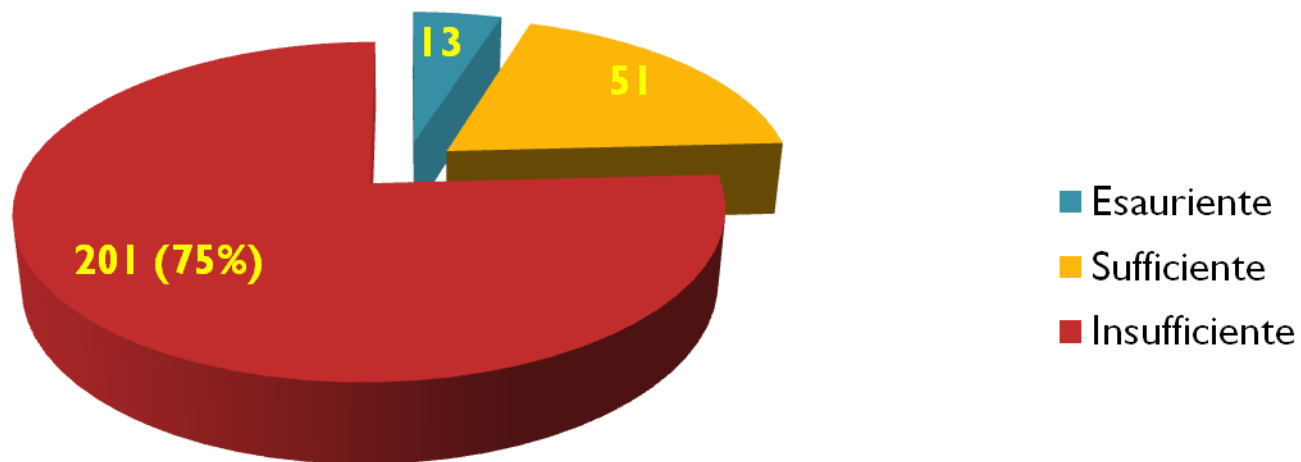
E' stata ribadita la competenza della Scuola di Specializzazione di Pediatria nel formare le varie figure professionali che erogano le cure pediatriche, ossia:

- **il pediatra delle cure primarie o territoriali**
- **il pediatra "internista" delle cure secondarie – ospedaliere**
- **il pediatra specialista in uno dei seguenti indirizzi:**

Pediatra specialista in:

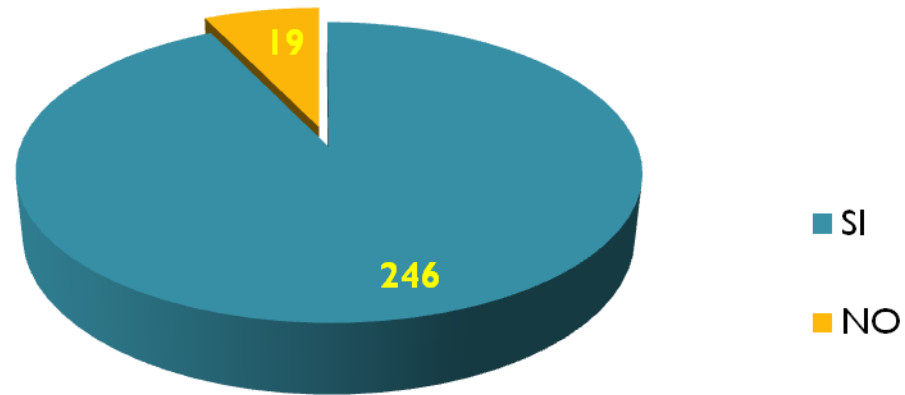
- 1. adolescentologia;**
- 2. dermatologia;**
- 3. endocrinologia e diabetologia;**
- 4. emato-oncologia;**
- 5. gastroenterologia ed epatologia;**
- 6. genetica clinica;**
- 7. immunologia;**
- 8. malattie infettive;**
- 9. malattie metaboliche ereditarie;**
- 10. nefrologia;**
- 11. neonatologia e terapia intensiva neonatale;**
- 12. neurologia;**
- 13. pediatria d'urgenza;**
- 14. pneumologia;**
- 15. reumatologia;**
- 16. terapia antalgica e palliativa**

Report: IL PEDIATRA E L'ADOLESCENTE (INDAGINE WEB SIMA-SICUPP)



GIUDIZIO SU FORMAZ. IN ADOLESCENTOLOGIA DURANTE SPECIALIZZAZIONE

Report: IL PEDIATRA E L'ADOLESCENTE (INDAGINE WEB SIMA-SICUPP)



INTERESSE A PARTECIPARE A CORSI DI ADOLESCENTOLOGIA

Società Italiana di **Pediatria**

Palermo, 10 dicembre 2015

**Ai Sigg. Presidenti
Società Affiliate SIP**

Oggetto: curricula formativi per le 'Super-specialità pediatriche'



SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA

**RACCOMANDAZIONI PER LA FORMAZIONE SPECIALISTICA IN MEDICINA
DELL'ADOLESCENZA**

A cura della Società Italiana di MEDICINA DELL'ADOLESCENZA



- **Autori:**

Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza.
(Presidente: Dr. Piernicola Garofalo)



- **Obiettivi generali del percorso formativo**

- 1) acquisizione competenze professionali di tipo clinico, psicologico e di ricerca per la prevenzione, la diagnosi e cura delle patologie acute e croniche dell'adolescente
- 2) acquisizione di una buona ed efficace relazione medico-adolescente- famiglia allo scopo di favorire la salute integrale dell'adolescente
- 3) acquisizione di conoscenze e competenze organizzative e gestionali relative sia alle cure primarie che secondarie
- 4) acquisizione di conoscenze e competenze organizzative e gestionali relative al processo di transizione (passaggio dalla figura pediatrica al medico dell'adulto)

TRANSIZIONE: definizione

Society for Adolescent Medicine “ Position Paper” (2003) : :

“un passaggio, programmato e finalizzato, di adolescenti e giovani adulti affetti da problemi fisici e medici di natura cronica, da un sistema centrato sul bambino ad uno orientato sull’adulto”

P.S. La Società di Medicina dell’Adolescenza (SAHM) amplia i limiti cronologici dell’adolescenza ponendoli fra 10 e 25 anni!



Quando è la transizione ?

PEDIATRA 10-14

PEDIATRA/ADULTO 16-18

ADULTO 20-24

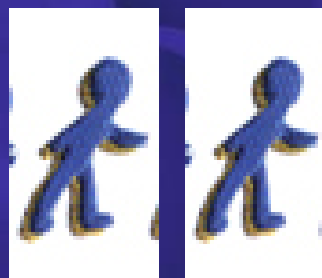


Stato dell'arte

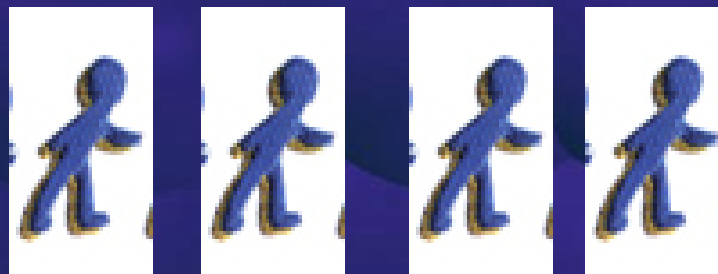
- 4/10 PEDIATRA LONG-TERM



- 2/10 TRANSITION TO ADULT



- 4/10 DROP-OUT



DROP OUT DOPO LA TRANSIZIONE

Table 2
Drop-out rate in different endocrine disorders after transition to adult health care service.

Disease	Reference	Number of patients	Age at transition (years)	Drop outs	Issue of the study	Method
Congenital adrenal hyperplasia	Gleeson et al., 2013 [4]	61	Male 18 [17–19] Female 19 [18–21]	Total 21 (34%) 50% of patients referred to tertiary specialist care	Young persons clinic (transition) had no positive impact on follow up rate	Clinic records and appointment systems
Turner Syndrome	Freriks et al., 2011 [5]	150	Unknown	30% All were not treated in the paediatric centre that transfers to the adult clinic.	Evaluation for previously undiagnosed morbidity	Clinical records of adult clinic mean age of analysed patients was 31 years
Turner Syndrome	Pedreira CC et al., 2005 [6]	39	Unknown	36.8% without regular follow up	Surveillance of treatment and comorbidities	Cross sectional evaluation with advertisement, mean age 30 years
Turner Syndrome	Verlinde F et al., 2004 [7]	102	18.2 years	12.7% not under regular follow up	Treatment and psychological evaluation	Questionnaire sent out by the Belgian Study Group for Paediatric Endocrinology
Congenital adrenal hyperplasia, Hypogonadotropic hypogonadism, Growth hormone deficiency	Godbout et al., 2012 [2]	153	19,4 Jahre	19.6%	Evaluation of patients opinion on transfer in a single centre	Questionnaires sent out
Diabetes	Busse et al., 2006 [3]	101	17.8 ± 0.9 years (median 18 years)	3% no medical treatment 28.7% without diabetologist	Patients opinion on transfer in a single centre	Structured telephone interview by one observer

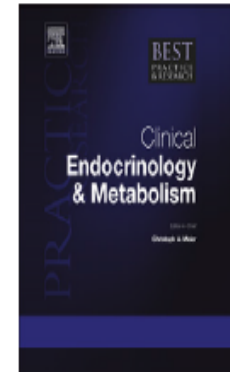


ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism

journal homepage: www.elsevier.com/locate/beem



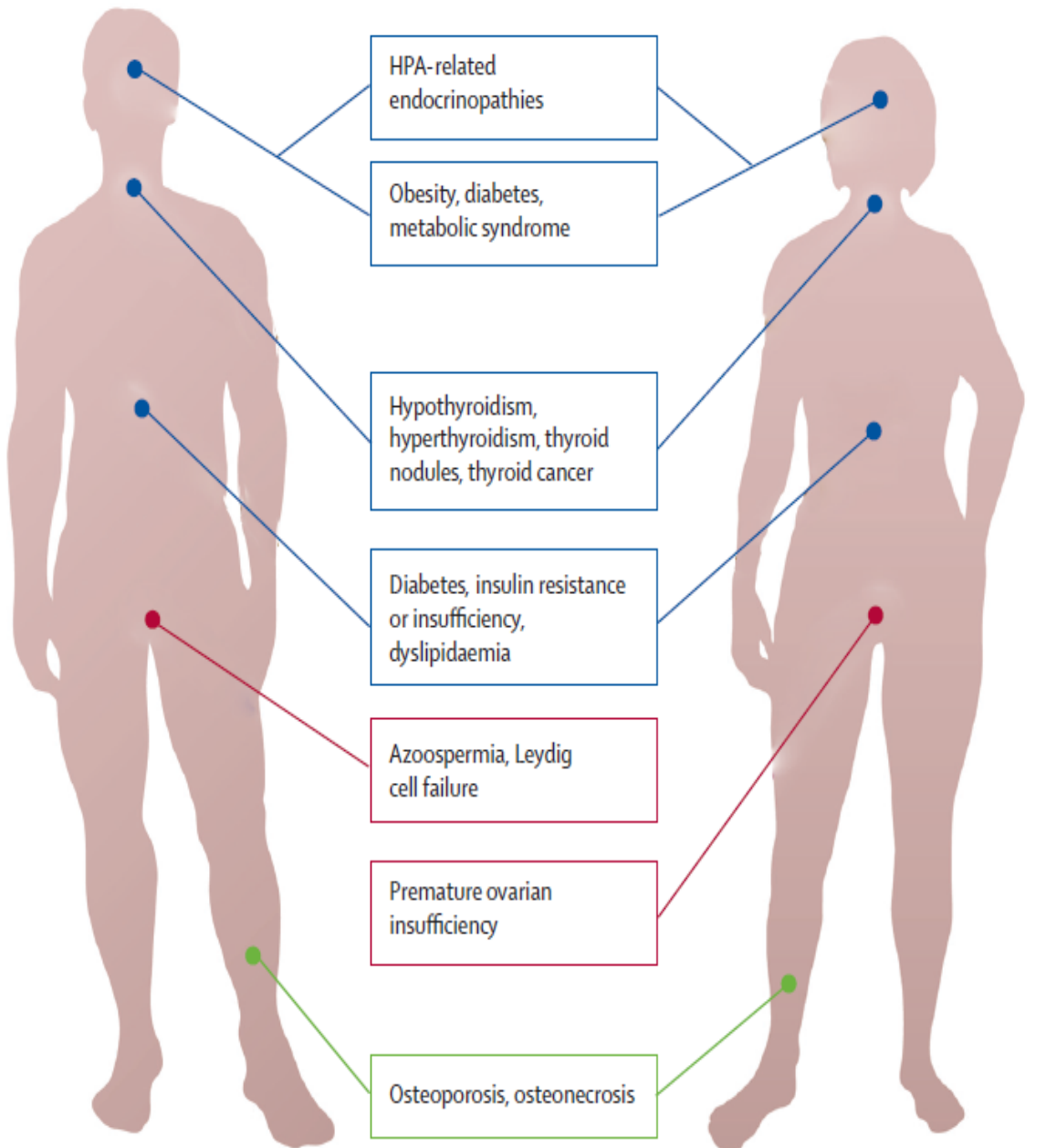
Research agenda

- Trials are needed to evaluate the success of different transition modes and patient acceptance.
- Guidelines for the transitional period for different endocrine disorders are lacking.
- Drop out of continuous care at early adult life should be avoided by reassuring that patients have been well received in adults service.
- The way of securing transition success remains unclear

Endocrin

Screening in adult s

Emily S Tonorezos, M



Outcomes Cancer

C Oeffinger

PEDIATRICS®

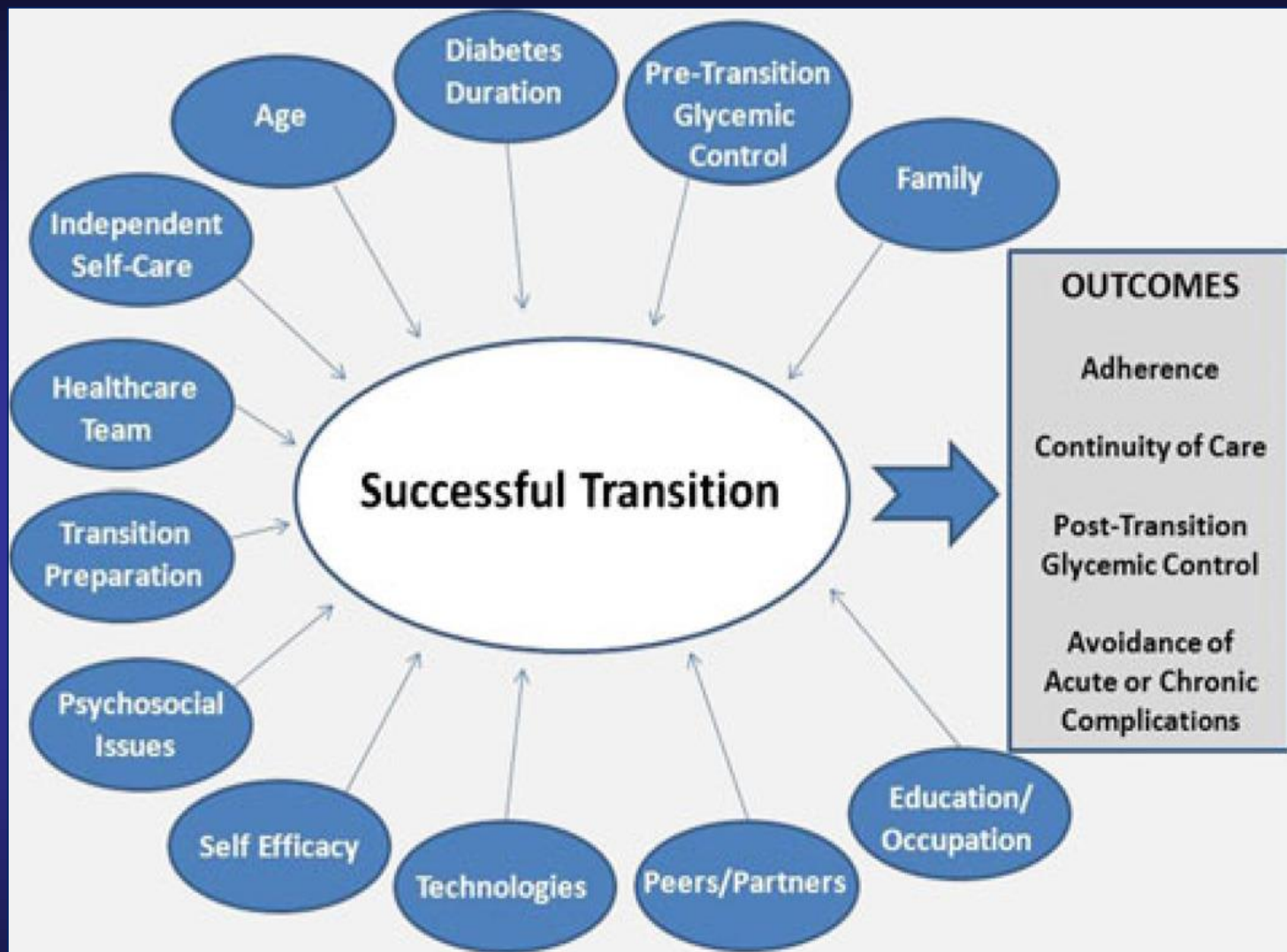
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Measuring the "Triple Aim" in Transition Care: A Systematic Review

Megan Prior, Margaret McManus, Patience White and Laurie Davidson

Pediatrics 2014;134:e1648; originally published online November 24, 2014;

DOI: 10.1542/peds.2014-1704





Trasferire il paziente presso **un centro dell'adulto** con trasferimento di documentazione clinica

Garantire **l'integrazione e del giovane** nel centro dell'adulto

Età 12 14 16 18 18-22 23-26

Rendere consapevoli i genitori ed i pazienti del percorso di transizione possibile

Iniziare la pianificazione del processo di transizione

Preparare il giovane ed i genitori ad un modello di medicina dell'adulto e discutere il trasferimento

Educare il paziente ad un **modello "adulto"** di cura



Six Core Elements of Health Care Transition 2.0

Transitioning Youth to Adult Health Care Providers

(Pediatric, Family Medicine, and Med-Peds Providers)

1. Transition Policy

- Develop a transition policy/statement with input from youth and families that describes the practice's approach to transition, including privacy and consent information.
- Educate all staff about the practice's approach to transition, the policy/statement, the *Six Core Elements*, and distinct roles of the youth, family, and pediatric and adult health care team in the transition process, taking into account cultural preferences.
- Post policy and share/discuss with youth and families, beginning at age 12 to 14, and regularly review as part of ongoing care.

2. Transition Tracking and Monitoring

- Establish criteria and process for identifying transitioning youth and enter their data into a registry.
- Utilize individual flow sheet or registry to track youth's transition progress with the *Six Core Elements*.
- Incorporate the *Six Core Elements* into clinical care process, using EHR if possible.

3. Transition Readiness

- Conduct regular transition readiness assessments, beginning at age 14, to identify and discuss with youth and parent/caregiver their needs and goals in self-care.
- Jointly develop goals and prioritized actions with youth and parent/caregiver, and document regularly in a plan of care.

Transitioning to an Adult Approach to Health Care Without Changing Providers

(Family Medicine and Med-Peds Providers)

1. Transition Policy

- Develop a transition policy/statement with input from youth/young adults and families that describes the practice's approach to transitioning to an adult approach to care at 18, including privacy and consent information.
- Educate all staff about the practice's approach to transition, the policy/statement, the *Six Core Elements*, and distinct roles of the youth, family, and health care team in the transition process, taking into account cultural preferences.
- Post policy and share/discuss with youth and families, beginning at age 12 to 14, and regularly review as part of ongoing care.

2. Transition Tracking and Monitoring

- Establish criteria and process for identifying transitioning youth/young adults and enter their data into a registry.
- Utilize individual flow sheet or registry to track youth/young adults' transition progress with the *Six Core Elements*.
- Incorporate the *Six Core Elements* into clinical care process, using EHR if possible.

3. Transition Readiness

- Conduct regular transition readiness assessments, beginning at age 14, to identify and discuss with youth and parent/caregiver their needs and goals in self-care.
- Jointly develop goals and prioritized actions with youth and parent/caregiver, and document regularly in a plan of care.

Integrating Young Adults into Adult Health Care

(Internal Medicine, Family Medicine, and Med-Peds Providers)

1. Young Adult Transition and Care Policy

- Develop a transition policy/statement with input from young adults that describes the practice's approach to accepting and partnering with new young adults, including privacy and consent information.
- Educate all staff about the practice's approach to transition, the policy/statement, the *Six Core Elements* and distinct roles of the young adult, family, and pediatric and adult health care team in the transition process, taking into account cultural preferences.
- Post policy and share/discuss with young adults at first visit and regularly review as part of ongoing care.

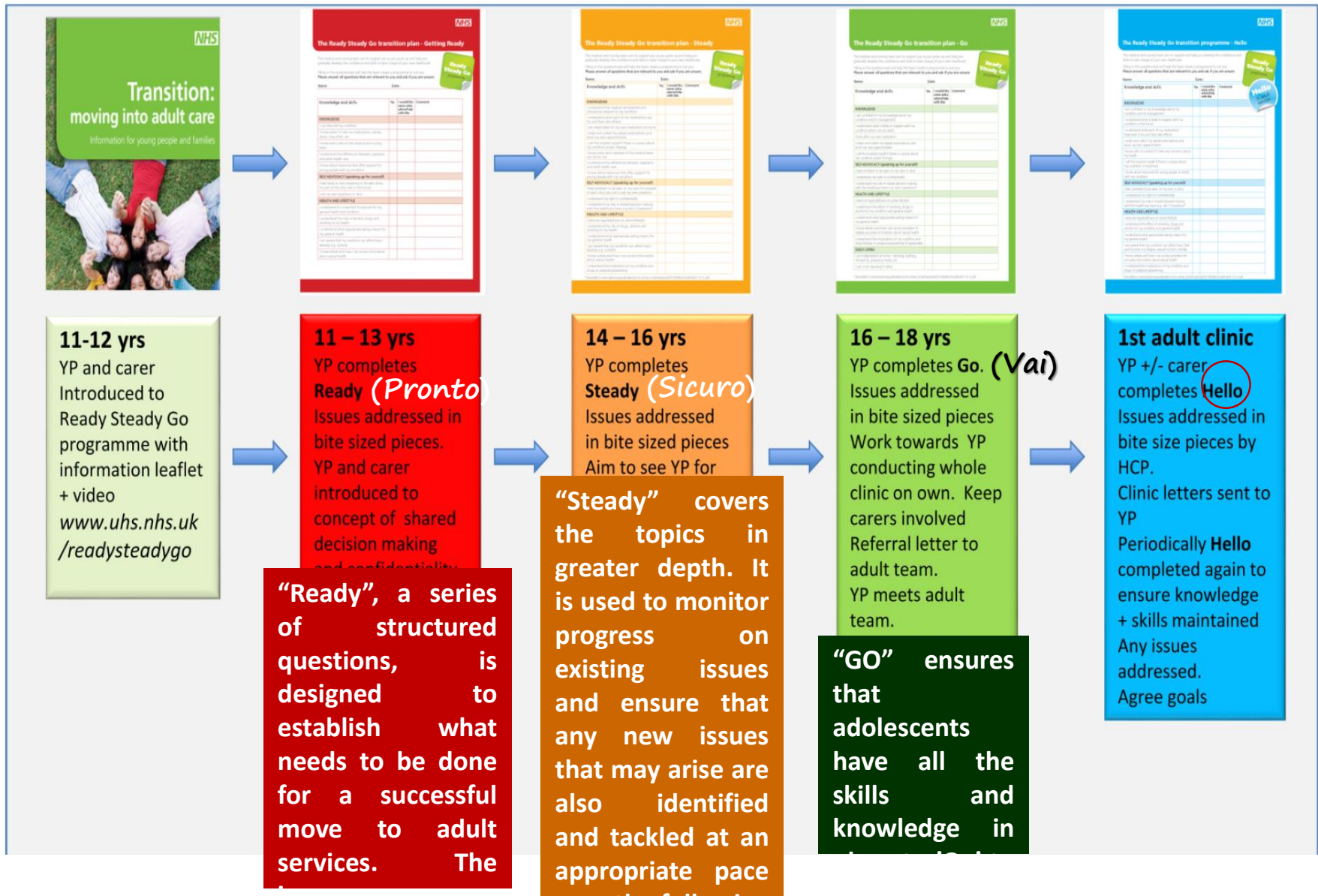
2. Young Adult Tracking and Monitoring

- Establish criteria and process for identifying transitioning young adults until age 26 and enter their data into a registry.
- Utilize individual flow sheet or registry to track young adults' completion of the *Six Core Elements*.
- Incorporate the *Six Core Elements* into clinical care process, using EHR if possible.

3. Transition Readiness/Orientation to Adult Practice

- Identify and list adult providers within your practice interested in caring for young adults.
- Establish a process to welcome and orient new young adults into practice, including a description of available services.
- Provide youth-friendly online or written information about the practice and offer a "get-acquainted" appointment, if feasible.

Implementing transition: UK-NHS Ready Steady Go Program



Carer completes parent/carers questionnaire alongside YP questionnaires. Any issues discussed. Goals agreed.

Ruolo della SIMA nella transizione

Realizzare un processo di transizione organizzato e graduale nel tempo

Promuovere la conoscenza del mondo dell'adolescenza e dei problemi sanitari degli adolescenti

Realizzare un processo di transizione personalizzato



Formare gli operatori sanitari

Approccio multidisciplinare

Accrescere i link tra pediatri e medici dell'adulto

Trasversalità tra operatori sanitari di diverse provenienze impegnati nelle problematiche dell'adolescenza (pediatri, medici di medicina generale, internisti, endocrinologo)

SAVE the DATE



III Corso Nazionale SIMA

MILANO

LAGARE HOTEL

MILANO-MGALLERY

COLLECTION

14 novembre 2015



LA TRANSIZIONE NELL'ADOLESCENTE

TOPICS

- Le strategie per un efficace processo di transizione
- La transizione in patologie con "ago": GH e insulina
- Problematiche della transizione in:
patologie rare - croniche
endocrinologia
oncoematologia
neuropsichiatria - psicologia
diversamente abili

- Come parlare agli adolescenti delle loro malattie: la comunicazione
- Adolescenti che diventano genitori
- Come costruire un link efficace tra il pediatra e il medico dell'adulto
- Le raccomandazioni della SIMA

Il corso è organizzato in: sessioni parallele per favorire il confronto seguito da restituzione in aula per discussione collegiale e presentazioni frontali seguite da discussione collegiale.

Accreditamento ECM

Il Corso verrà accreditato per la categoria di:

- Medico Chirurgo specialità di: Endocrinologia, Ginecologia e Ostetricia, Malattie metaboliche e Diabetologia, Medicina generale (Medici di famiglia), Neonatologia, Neuropsichiatria infantile, Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta), Psichiatria, Scienze dell'alimentazione e dietetica
- Psicologo specialità di: Psicoterapia e Psicologia

Iscrizioni

Le iscrizioni sono gratuite e saranno aperte on line sul sito www.duecipromotion.com a partire da inizio settembre.

Segreteria scientifica

- Dott.ssa G. Pozzobon
Unità Operativa di Pediatria
U.F. di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica
Ospedale San Raffaele – Milano
- Dott. P. Garofalo
U.O.C. Endocrinologia
A.O.R. Villa Sofia – Cervello Palermo

Segreteria Organizzativa e Provider

 **DueCi Promotion Srl**
Via Farini 28
40124 Bologna
Tel 051.4841310 - Fax 051.247165
avalli@duecipromotion.com
www.duecipromotion.com



CORSO DI AGGIORNAMENTO

La fase di transizione
nell'adolescente con patologie
endocrine: come costruire
un link efficace tra il pediatra
ed il medico dell'adulto



19-20 Febbraio 2016

Hotel Villa Malaspina - Castel d'Azzano, Verona

PROGRAMMA SCIENTIFICO

VENERDÌ 19 FEBBRAIO

- 10.30 Registrazione dei Partecipanti
e consegna modulistica ECM
- 11.00 Introduzione del Corso
M. Caputo, R. Castello, P. Garofalo
- 11.10 Metodi e misure di efficacia per
garantire il passaggio
P. Garofalo, R. Gaudino
- 11.50 Esperienza laziale di analisi
del processo di transizione
G.M. Ubertini
- 12.00 L'adolescente e il suo corpo: aspetti
emotivi e relazionali della malattia
E. Bravi
- Moderatori: R. Castello, G. Pozzobon*
- 12.30 Disturbi del comportamento
alimentare in età evolutiva:
appropriatezza degli interventi,
transizione e rischio di drop-out
S. Marucci
- 13.00 Ripensare l'Obesità: malattia cronica
degnata di transizione
R. Tanas
- 13.30 *Lunch*

- 14.30 Sindrome di Turner e Sindrome di
Klinefelter (con particolare indirizzo
alla fertilità)
*C. Bizzarri, S. Bonadonna,
A. Garolla, E. Papaleo*

16.30 *Coffee break*

- 17.00 Deficit di GH isolato e
panipituitarismo
*E. De Menis, S. Bertelloni,
M.G. Schiesaro*
- 18.30 Sindromi adreno-genitali
M. Cappa, V. Toscano
- 19.30 Conclusione della prima giornata

SABATO 20 FEBBRAIO

Moderatori: V. De Sanctis, L. Furlani

- 8.30 Ipotiroidismo e poliendocrinopatie
autoimmuni
C. Betterle, R. Gaudino
- 9.30 Malattie dell'osso
R. Franceschi, F. Vescini
- 10.30 Diabete mellito
G. Borretta, C. Maffei
- 12.30 Conclusioni
R. Castello, P. Garofalo
- 12.40 Compilazione modulistica ECM

PATROCINI RICHIESTI

Regione del Veneto
Azienda Ospedaliera Universitaria
Integrata - Verona

Rivista Italiana di dell' **MEDICINA** Adolescenza

Indexed in
EMBASE/Compendex/Geobase/SCOPUS

Periodico quadrimestrale - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) - Art. 1, comma 1 DCB Milano

General principles of good transition care: a short review of the literature

Vincenzo De Sanctis, Ashraf T. Soliman, Nada A. Soliman, Heba Elsedfy, Rania Elalaily, Piernicola Garofalo, Mohamed Yassin, Praveen Sobti, Saif A H Al Yaarubi, Shahina Daar, Bernadette Fiscina, Mohamed El Kholy, on behalf of the International Network of Clinicians for Endocrinopathies in Thalassemia and Adolescent Medicine (ICET-A)

Le strategie e le misure di efficacia per sviluppare un efficace processo di transizione del soggetto in età adolescenziale

Claudia Piona, Paolo Caverzere, Sarah Dal Ben, Grazia Morandi, Franco Antoniazzi, Roberto Castello, Rossella Gaudino

Medical care and transition phase of thalassemia in different countries: the ICET-A experience

Vincenzo De Sanctis, Ashraf T. Soliman, Nada A. Soliman, Heba Elsedfy, Rania Elalaily, Piernicola Garofalo, Bernadette Fiscina, Mohamed El Kholy

La transizione nel deficit dell'ormone della crescita

Gabriella Pozzobon, Roberta Pajno, Dario Gallo

Transizione e ipogonadismo

Rossella Gaudino

La transizione nei disturbi del comportamento alimentare

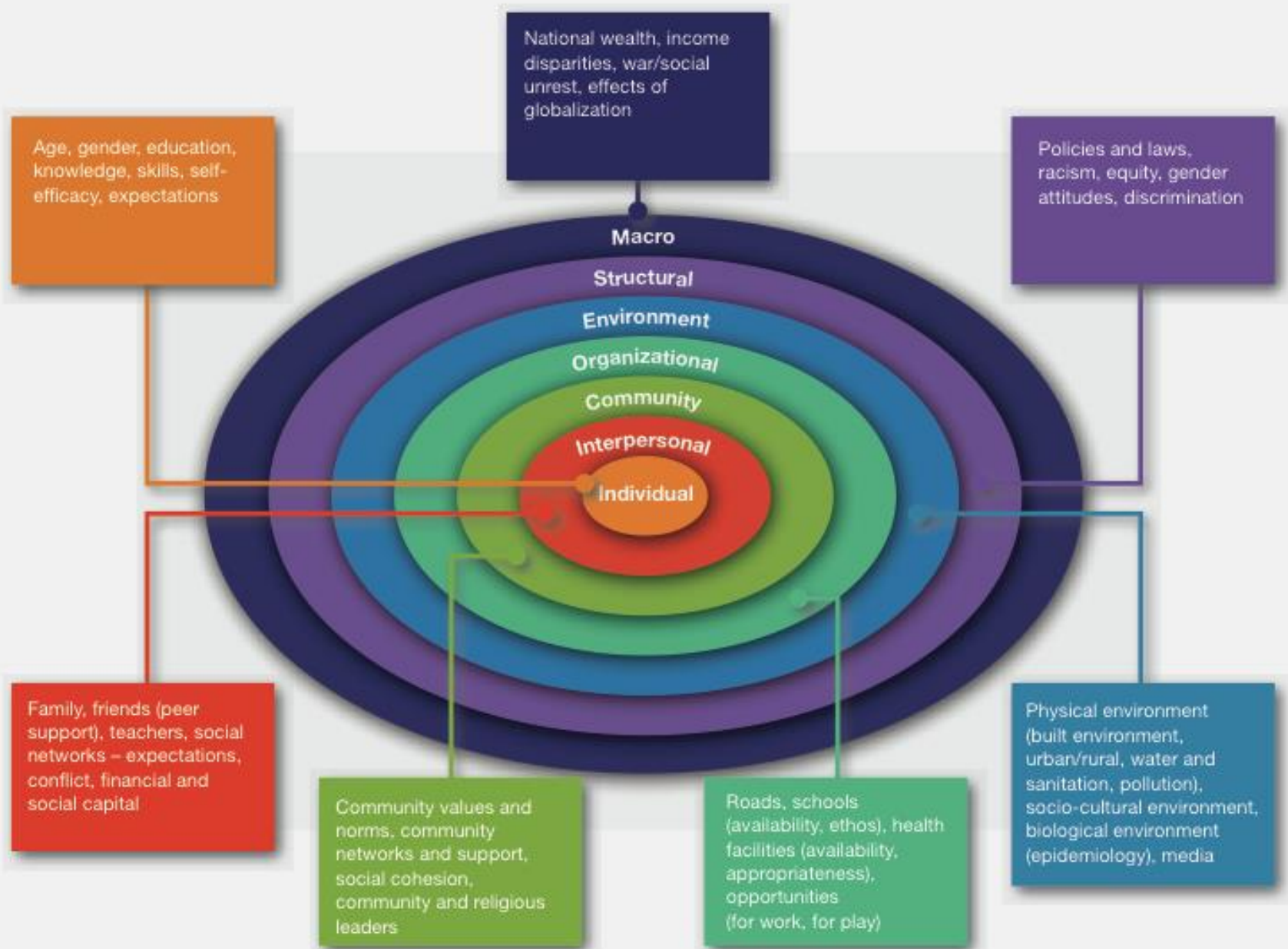
Simonetta Marucci

ORGANO UFFICIALE

sima
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELL'ADOLESCENZA

**SCRIPTA
MANENT**
EDIZIONI

The determinants of adolescent health and development: an ecological model



XVIII Congresso Nazionale SIMA

Pisa

25 - 26 Novembre 2016



SAVE the DATE

simaitalia
Società Italiana per la Manutenzione e l'Assistenza

SITO : www.medicinadelladolescenza.com



CERCA



HOME

CONSIGLIO DIRETTIVO

CONGRESSO

CONTATTI

LINKS

NEWS

R.I.M.A.

SUPPLEMENTI R.I.M.A.

FOLIA



RICHIESTA PATROCINIO

Publicato il 30 gennaio 2014



MODULO PRIMA ISCRIZIONE O RINNOVO ANNUALE

Publicato il 20 gennaio 2014

Email: info@medicinadelladolescenza.com

*Presidente del Comité Científico
Técnica*

*Nacional dell'ASKIS Onlus
El Dr. Garofalo Piernicola*

*Sitio Web: www.klinefelteraskis.it
Facebook:*

garofalo.piernicola@gmail.com



Eventos tuvieron lugar en Palermo en el año duemilaquindici

