

Il ricovero degli adolescenti in Pediatria

Silvano Bertelloni*, Domenico Lombardi**, Lodovico Perletti***

*Presidente della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, Dipartimento Materno-Infantile, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa; **Segretario della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, Lucca; ***Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza, Ministero della Salute, Milano

Abstract

Admission of adolescents in paediatric departments in Italy

Cultural and scientific issues as well as several Italian laws suggest the opportunity of adolescents (age 10-18 years) admission in paediatric departments. Indications from European paediatric scientific societies and situation in large numbers of European countries suggest efforts to reach such goal. However, epidemiological evidences show that in Italy the majority of adolescents are taken cared in specialist of general adult wards. In addition, only a minority of paediatric wards admit patients up to 17 years old with great differences between North and the Southern Italy. In order to address the actual situation, Italian paediatric departments should perform a reorganization of their activities and invest in continuous medical education programs in adolescent medicine.

Quaderni acp 2009; 16(4): 156-160

Key words Adolescent. Hospital. Paediatric Wards. Admission

Motivazioni culturali e scientifiche, unitamente a diverse indicazioni legislative e agli standard europei, suggeriscono la necessità del ricovero degli adolescenti (età 10-18 anni) in Area pediatrica. Tuttavia i dati epidemiologici dimostrano che la maggioranza degli adolescenti è assistita in reparti per adulti (> 85% per la fascia di età 15-17 anni). Inoltre, solo una minoranza di UU OO di Pediatria (< 40%) ha ottenuto il riconoscimento per il ricovero fino ai 17 anni compiuti con consistenti variazioni tra Nord e Sud del Paese. Per superare questo stato di fatto è necessaria una riqualificazione strutturale, organizzativa e formativa dei reparti di pediatria.

Parole chiave Adolescente. Ospedale. UU OO di Pediatria. Ricovero ospedaliero

Introduzione

In Italia le cure nelle UO pediatriche ospedaliere sono assicurate da oltre 7500 posti letto (6246 di degenza ordinaria, 1307 di day hospital). Il 99% dei PL è localizzato in istituti di ricovero pubblici e ripartiti in circa 660 UU OO complesse di Pediatria e Neonatologia [1-2]. Sebbene ridotto rispetto al passato, il numero risulta ancora elevato rispetto a quello di altri Paesi europei e agli standard raccomandati dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile (una UO di Pediatria/200.000 abitanti), con un eccesso di piccole UU OO di Pediatria e un conseguente case-mix a bassa complessità assistenziale [2-3].

Nell'affrontare gli aspetti relativi all'assistenza pediatrica in ospedale, compresa quella agli adolescenti, si deve tenere conto di questa realtà e del fatto che, nel nostro Paese, si sono avuti negli ultimi decenni profondi cambiamenti economici, culturali e sociali con netta riduzione

della fecondità, oggi tra i valori più bassi del mondo occidentale, e conseguente riduzione della popolazione minorile nella composizione della società [4-5]. Nonostante quest'ultimo fenomeno fosse ben evidente nel nostro Paese fin dagli anni '70, si è affidata l'assistenza territoriale all'infanzia a uno specialista – il pediatra di famiglia – senza al contempo riorganizzare la rete pediatrica ospedaliera, caratterizzata, oltre che dall'eccessiva capillarizzazione, anche da un inadeguato aggiornamento tecnologico e strutturale con posti letto dedicati prevalentemente a neonati e bambini piccoli [2].

Nel recente passato sono state sostanzialmente sfinite le patologie infettive e da denutrizione che determinavano un alto tasso di morbilità e mortalità infantile, delle quali il pediatra ha maggiore conoscenza [6-7]. Si è quindi determinata la necessità di una riqualificazione professionale su nuovi bisogni di salute, richiedendo un costante e qualificato processo

di educazione medica continua [7]. Tale processo risulta difficile da effettuare in strutture di piccole dimensioni [2].

Altri aspetti caratterizzanti l'attuale assistenza pediatrica sono rappresentati dal progressivo ampliamento dell'età adolescenziale. La *figura 1* mostra l'evoluzione del concetto di adolescenza nel corso dei secoli in rapporto alle modificazioni somatiche (anticipo dello sviluppo puberale) e sociali (prolungamento del tempo dedicato alla formazione, globalizzazione dei comportamenti anche favorito dall'uso dei media elettronici con ritardata assunzione di un ruolo sociale adulto economicamente indipendente).

L'attuale età adolescenziale presenta cause di morbilità e mortalità con caratteristiche proprie e differenti sia da quelle dei bambini che da quelle dell'adulto [8]. Sta inoltre aumentando il numero di minori affetti da patologie croniche a elevata complessità assistenziale, anche come conseguenza di una maggiore sopravvivenza di bambini affetti da patologie in passato precocemente fatali e che quindi percentualmente aumentano in adolescenza (*tabella 1*) [8-9].

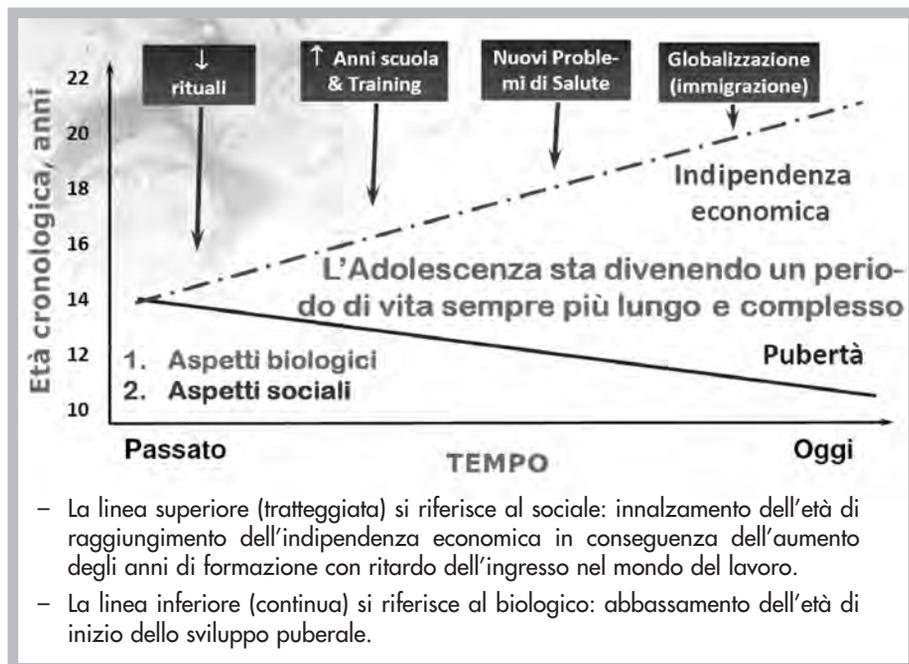
Questa nuova realtà sociale e sanitaria richiede nuove risposte assistenziali in grado di tutelare la salute dell'intera età evolutiva con particolare attenzione agli adolescenti, cioè i soggetti di età compresa tra 10 e 18 anni, che in pratica rappresentano i minori a cui è stata dedicata meno attenzione [8]. La "care" per questa fascia di età rimane infatti un problema ampiamente non risolto, come dimostrato anche dal fatto che la mortalità è rimasta quasi invariata negli ultimi 20 anni, a differenza di quella dei bambini prepuberi, ridottasi di circa il 70% [8-10-12].

L'ospedalizzazione dei minori: analisi della situazione

Nel 2003 sono stati dimessi dalle strutture di ricovero (pubbliche e private) oltre 1.350.000 pazienti di età inferiore ai 18 anni, con un tasso complessivo di ospe-

Per corrispondenza:
Silvano Bertelloni
e-mail: s.bertelloni@med.unipi.it

salute pubblica

FIGURA 1: EVOLUZIONE E AMPLIAMENTO DEL CONCETTO DI ADOLESCENZA NEL CORSO DEI SECOLI**TABELLA 1: MALATTIE CRONICHE IN ETÀ EVOLUTIVA (PER 100 PERSONE DELLA STESSA CLASSE DI ETÀ): ANNO 2005 [9]**

Nr. malattie croniche:	Maschi		Femmine		Totale	
	1 o più	2 o più	1 o più	2 o più	1 o più	2 o più
Età 0-14 anni	9,0	1,6	7,7	1,4	8,4	1,5
Età 15-17 anni	12,0	2,1	11,9	2,6	12,0	2,3
Età 18-19 anni	10,7	1,7	13,2	1,6	11,9	1,7

TABELLA 2: TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE (%%) IN MODALITÀ ORDINARIA PER FASCIA DI ETÀ: COMPARAZIONE ANNO 2005 VS ANNI 2003, 2001 E 1998

Fascia di età	2005	2003	2001	1998
0-11 mesi	530	549	547	452
1-4 anni	66*	101	111	172
5-14 anni		58	68	77
15-17 anni	73°	62	71	81

*1-14 anni; °15-24 anni

TABELLA 3: RICOVERO DI PAZIENTI PEDIATRICI (ETÀ <18 ANNI) AL DI FUORI DELL'AREA PEDIATRICA: ANNI 1997-2005

Fascia di età	2005, %	2001, %	1997, %
0-11 mesi	-	3,6	10,3
1-4 anni	-	19,2	28,3
5-14 anni	-	49,0	55,5
15-17 anni	85,5	87,8	81,8

dalizzazione di circa il 94% per i ricoveri in degenza ordinaria e del 44% per quelli in day hospital. Nel 2005 il tasso di ospedalizzazione 0-14 anni è risultato pari a 95,6% e quello 15-17 anni pari a 70%. Il primo risulta superiore a quello rilevato in altri Paesi europei per la stessa fascia di età (50-60%), sia che abbiano (Spagna) o meno (Regno Unito) sistemi territoriali specialistici di assistenza all'infanzia [12].

Inoltre i tassi italiani di ospedalizzazione pediatrica ordinaria (età 0-17) risultano molto differenti nelle varie regioni, passando da valori del 119,6% dell'Abruzzo al 52% (meno della metà) del Friuli Venezia Giulia, suggerendo che aspetti organizzativi e formativi influiscono sulle decisioni di ricovero [12]. È inoltre presente un'ampia differenza nei tassi di ospedalizzazione nelle differenti fasce di età.

La *tabella 2* dimostra come nel primo anno di vita si abbiano valori superiori al 500%: più di un bambino su due. Tale valore risulta relativamente stabile dal 2001 al 2005, ma in aumento rispetto ai già elevati valori del 1998 [12]. In diminuzione rispetto agli anni precedenti risulta invece il tasso di ospedalizzazione per le età successive al primo anno di vita (*tabella 2*), suggerendo un orientamento del ricovero ordinario pediatrico verso il neonato e il lattante. Per gli adolescenti 15-17 anni, il tasso di ricovero dal 2001 al 2005 risulta intorno al 60-70%, e quindi lievemente maggiore rispetto alla fascia di età 5-14 anni (*tabella 2*).

In questo scenario generale un fenomeno di rilievo è rappresentato dall'alto numero dei minori che in ospedale trovano assistenza al di fuori dell'Area pediatrica¹ (*tabella 3*).

I dati disponibili dimostrano come quasi il 50% dei pazienti di età tra i 5 e i 14 anni – quindi anche molti bambini prepuberi – e la grande maggioranza (circa l'85%) di quelli tra i 15 e i 17 anni vengano ricoverati in reparti per adulti, cioè in ambienti non adeguati dal punto di vista sanitario e strutturale alle loro esigenze [2-8-10-11]. I dati disponibili dimostrano inoltre che questa situazione ha presentato solo modeste variazioni negli ultimi anni (*tabella 3*), suggerendo uno scarso impegno delle istituzioni – ma forse anche dei reparti di Pedia-

tria – per cercare di ridurre il ricovero pediatrico in reparti per adulti.

Il ricovero numericamente rilevante di adolescenti – e anche di bambini (*tabella 3*) – al di fuori dell'Area pediatrica, oltre a togliere volumi di attività alle strutture pediatriche, contribuendo a un depauperamento di risorse professionali ed economiche, determina l'impossibilità di maturare sufficiente esperienza clinica per i casi a maggior impegno assistenziale o affetti da "nuove" patologie [2-7]. Inoltre, le fasce di età più elevata presentano motivi di ricovero diversi da quelli dei bambini 0-14 anni (*tabella 4*) [11]; anche per questo è possibile che gli adolescenti trovino assistenza ospedaliera in reparti dell'adulto "orientati" in settori specialistici su cui i pediatri delle UU OO di piccole dimensioni non possono aver acquisito adeguata conoscenza teorica e pratica [7].

Al mancato ricovero dell'adolescente in Area pediatrica contribuisce probabilmente anche l'estrema disomogeneità del limite di ricovero in ambiente pediatrico in Italia. Nonostante chiare indicazioni legislative [3-11]², una recente indagine della Società Italiana di Pediatria (SIP) indica che, in totale, poco meno del 40% delle UU OO di Pediatria ricovera i minori fino ai 17 anni compiuti (*tabella 5*). Anche alcuni dei grandi ospedali pediatrici italiani presentano una limitazione dell'età di ricovero a 14 anni, parzializzando di fatto l'assistenza pediatrica all'intera età adolescenziale. Anche in questo campo si ripropone poi la forte discrepanza tra Nord (ricovero fino ai 17 anni compiuti nel 50% dei reparti pediatrici) e Sud (ricovero fino ai 17 anni compiuti nel 25% dei reparti pediatrici) (*tabella 5*), che caratterizza molti aspetti della sanità italiana in generale e dell'assistenza pediatrica in particolare [2-11-13].

Considerazioni conclusive

Quanto sopra esposto pone in chiara evidenza come, a quasi 10 anni dalla sua promulgazione, uno degli obiettivi qualificanti del Progetto Obiettivo Materno Infantile relativamente all'assistenza del bambino in ospedale – il "ricovero di tutti i minori in Area pediatrica" – rimanga sostanzialmente non raggiunto, nonostante sia stato ribadito anche nei Piani Sanitari Nazionali successivi² [3].

TABELLA 4: PRIME 12 CAUSE DI RICOVERO NEL BAMBINO (0-14 ANNI) E NELL'ADOLESCENTE (15-17 ANNI): ANNO 2001 (CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM) [10]

Bambino 0-14	Adolescente 15-17
Malattie apparato respiratorio	Traumatismi e avvelenamenti
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Malattie apparato digerente
Traumatismi e avvelenamenti	Segni, sintomi e stati morbosi mal definiti
Malattie apparato digerente	Malattie apparato respiratorio
Segni, sintomi e stati morbosi mal definiti	Malattie sistema osteo-articolare e del tessuto connettivo
Fattori che influenzano lo stato di salute	Malattie sistema genito-urinario
Malattie infettive e parassitarie	Malattie sistema nervoso centrale e organi di senso
Malformazioni congenite	Complicazioni della gravidanza, parto e puerperi
Malattie sistema nervoso centrale e organi di senso	Fattori che influenzano lo stato di salute
Malattie sistema genito-urinario	Malattie cute e tessuto sottocutaneo
Malattie endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari	Disturbi psichici
Malattie sistema osteo-articolare e del tessuto connettivo	Tumori

TABELLA 5: ETÀ LIMITE DI RICOVERO IN AREA PEDIATRICA [2]

Età limite di ricovero, anni*	Nord, % (N. = 143) ^o	Centro, % (N. = 95) ^o	Sud, % (N. = 145) ^o	Totale, % (N. = 383) ^o
14	18	17	49	26
15	9	8	6	8
16	20	22	26	22
17	50	46	25	39

*compiuti; ^onumero di UU OO di Pediatria che hanno risposto all'indagine

Questo stato di fatto determina la penalizzazione delle modalità di "care" ospedaliera a una fascia di età che si sta progressivamente ampliando [8].

La maggioranza degli adolescenti è infatti assistita nel nostro Paese in condizioni di promiscuità con pazienti adulti/anziani e da personale medico e paramedico non adeguatamente formato in campo pediatrico [7-8].

Al contempo, il ricovero di bambini e adolescenti fuori dell'Area pediatrica riduce le risorse professionali e strutturali delle UU OO di Pediatria, contribuendo alla crisi della Pediatria ospedaliera e riducendone attività e finanziamenti [2].

Esiste poi una forte disparità (*tabella 5*) nel Paese per quanto riguarda il limite di età per il ricovero nei reparti pediatrici, determinando di fatto una disomogeneità nei servizi offerti ai minori e alle loro famiglie in ospedale, e quindi una disuguaglianza nelle risposte ai bisogni di salute, che in alcune aree del Paese – già socialmente ed economicamente svantaggiate – possono contribuire a una minore efficacia, reale o percepita, dei percorsi di cura e al troppo elevato tasso di migrazione sanitaria Sud-Nord soprattutto per gli adolescenti affetti da patologia cronica [2-12-14]. Inoltre sta emergendo il grave problema della carenza di professionisti in alcune sub (o super) specia-

TABELLA 6: ASSISTENZA OSPEDALIERA PER GLI ADOLESCENTI IN AREA PEDIATRICA IN EUROPA [21-22]

Paesi EU	Limite* (anni)
Svezia	19
Romania	19
Repub. Ceca	19
Slovenia	18
Portogallo	18
Lituania	18
Germania	18
Francia	18
Estonia	18
Bulgaria	18
Regno Unito	16
Olanda	16
Norvegia	16
Finlandia	16
Danimarca	16
Ungheria	14
Spagna	14
Lussemburgo	14
Grecia	14

Paesi extra-EU	Limite* (anni)
Israele	18
Macedonia	18
Russia	18
Serbia	18
Turchia	18
Ucraina	18
Svizzera	16
Albania	14
Georgia	14

*età massima di ricovero in area pediatrica ufficialmente riconosciuta

Definizione Area assistenziale pediatrica
European Academy of Pediatrics/ UNEPSA*

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.

CESP/EAP**

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

*The Union of National European Pediatric Societies and Associations

**Confederation of European Specialists in Pediatrics (specialist section of pediatricians of the European Union of Medical Specialists (UEMS)/European Academy of Pediatrics)

lità pediatriche, per cui sempre più minori vengono affidati a specialisti dell'adulto [15].

Vari fattori hanno probabilmente ostacolato un maggiore sviluppo della cultura e delle attività in adolescentologia, tra cui uno scarso investimento in formazione per aggiornare le conoscenze teoriche (il sapere), le abilità tecniche e manuali (il fare), le capacità comunicative e relazionali (l'essere) del pediatra in un campo che – almeno in passato – è stato meno sviluppato nelle Scuole di Specializzazione rispetto ad altri campi della Pediatria [7-16-17]. Un tale aggiornamento formativo sarebbe necessario anche per il personale paramedico. Vi è poi stata una scarsa “convizione” degli stessi pediatri sulla necessità di un investimento in questo settore a cui sarebbe dovuta seguire una riqualificazione strutturale/alberghiera dei reparti di Pediatria in linea con le necessità degli adolescenti [8-17-18]. In effetti si deve constatare l'assenza quasi completa di spazi specificamente dedicati a questa fascia di età, che troppo spesso viene trattata come infantile, negandone nel momento delicato del ricovero la differente identità e trascurando, a volte anche dal punto di vista comunicativo – verbale non verbale – un maggiore coinvolgimento nei percorsi di cura e nell'acquisizione del consenso informato [8-17-19].

I pediatri dovrebbero dunque sviluppare soluzioni concretamente realizzabili e applicabili omogeneamente a tutto il territorio nazionale, anche per evitare che il processo di “deregulation” in atto, particolarmente evidente in ambito sanitario, amplifichi ancor più le differenze esistenti tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud [2-12-13-14]. A questo proposito, il gruppo di lavoro su “Medicina dell'adolescenza” del Forum Formazione-Assistenza della SIP e la Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza hanno indicato – per l'ospedale – i seguenti come punti prioritari al fine di arrivare a garantire il soddisfacimento con efficacia ed efficienza delle esigenze di salute degli adolescenti in ospedale [17-20]:

► Richiedere alle direzioni aziendali di estendere il limite di ricovero fino ai 17 anni compiuti in tutte le UU OO di Pediatria in accordo con le indicazioni del POMI e del sistema di paga-

mento a prestazione, che prevede specifici DRG per i soggetti di età inferiore a 18 anni [3-11-12]. Tale richiesta è in linea con quanto avviene nella maggioranza dei Paesi del nostro continente e con le indicazioni delle Società Scientifiche pediatriche a valenza europea (tabella 6) [21-22].

► Realizzare un adattamento di parte delle UU OO di Pediatria in senso adolescentologico, riservando, oltre a servizi ambulatoriali e day hospital con orari e accessi dedicati, separati da quelli per i soggetti più piccoli, una percentuale di posti letto per adolescenti in aree di degenza specifiche con arredi, servizi e cartellonistica adeguati. In linea generale, si può indicare la realizzazione di uno spazio dedicato agli adolescenti all'interno delle UU OO di Pediatria degli ospedali di riferimento di area con un bacino di utenza di circa 200.000/250.000 abitanti.

► Sviluppare un percorso di aggiornamento e formazione che permetta:

- una filosofia di approccio omogenea da parte di tutto il personale di assistenza (medico e non medico);
- un miglioramento delle conoscenze sulle patologie adolescenziali (comprese le modalità di prevenzione e trattamento);
- la certificazione di uno specifico percorso formativo in medicina dell'adolescenza del personale medico e paramedico coinvolto in questo settore specialistico [7-17-20].

► Prevedere nei reparti che ricoverano adolescenti collaborazioni interdisciplinari a rete con tutti i professionisti coinvolti nella gestione della salute dei giovani, sia a livello ospedaliero che territoriale, in modo da assicurare concretamente “l'appropriatezza del percorso assistenziale per l'adolescente attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata e adeguata alla complessità delle stesse” (Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2008).

► Strutturare una rete nazionale di servizi di ricovero di alta specialità (unità semplici/complesse) – oggi del tutto carente – per patologie specifiche dell'età adolescenziale a elevata complessità assistenziale sulla base di

indicatori epidemiologici regionali e con organici adeguati ai volumi di attività. Tali strutture dovrebbero essere dirette/coordinate da un pediatra con riconosciuta e documentata competenza in medicina dell'adolescenza [17-20]. ♦

Gli Autori dichiarano di non aver alcun conflitto di interesse.

Bibliografia

- [1] Ministero della Salute, Direzione generale del Sistema informativo. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale: anno 2006. www.ministerosalute.it.
- [2] Longhi R, Minasi D. Indagine della Società Italiana di Pediatria sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: dati preliminari. *Min Pediatr* 2008;60:823-35.
- [3] PSN 1998-2000: Progetto Obiettivo Materno-infantile. GU 7-6-2000, Supplemento ordinario n. 89.
- [4] Boldrini R, Di Cesare M, Tamburini C. Ministero della Salute: Analisi dell'evento nascita - Anno 2005. 2008: www.ministerosalute.it.
- [5] ISTAT. L'Italia in cifre, 2005. www.istat.it
- [6] Alfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Addressing the Millennial Morbidity-The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics* 2005;115:1121-3.
- [7] Federico G, Tenore A, Bertelloni S. La formazione in medicina dell'adolescenza: riflessioni sull'attuale situazione italiana. *Riv Ital Med Adol* 2009; in stampa.
- [8] Bertelloni S, Raiola G. Frontiere pediatriche dell'adolescentologia. In: Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Milano: Tecniche nuove, 2007:167-82.
- [9] Burgio GR, Bertelloni S, Corsello G. Il bambino non è un adulto in miniatura. In: Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Milano: Tecniche nuove, 2007:39-52.
- [10] Confalonieri V. Inchiesta: Adolescenza. Terra di nessuno. *Il Pediatra* 2009;XIII(1):20-4.
- [11] Perletti L, Lispi L. L'organizzazione dell'assistenza per l'adolescente: l'ospedale. Atti: X Congresso Nazionale, Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, Scripta Manent edizioni, Cagliari, 22-24 ottobre 2003:11-7.
- [12] Bertelloni S, Perletti L, Saggese G. Il pediatra e l'ospedale. In: Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Milano: Tecniche nuove, 2007:121-39.
- [13] Ministero della Salute. Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia (dal neonato all'adolescente). www.ministerosalute.it
- [14] Bonati M, Campi R. What can we do to improve child health in southern Italy? *PLoS Med* 2005;2: e250. Epub 2005 Aug 23.
- [15] Martini A, Rubino A, Barberi I, et al. COPUPE: Lettera indirizzata ai candidati alla Presidenza e alle cariche direttive della Società Italiana di Pediatria.
- [16] Osservatorio Nazionale degli Specializzandi in Pediatria. Questionario 2003 sull'attività formativa in Pediatria. www.onsp.it
- [17] De Sanctis V, Bertelloni S, Di Mauro G, et al. Forum Formazione-Assistenza. Quale Pediatra per quale modello di Pediatria: Medicina dell'adolescenza. *Quaderni di Pediatria* 2006;5:48-51.
- [18] Bertelloni S, Chiavetta S, Volta C, et al. Novità in medicina dell'adolescenza. Prospettive in *Pediatrics* 2009; in stampa.
- [19] Burgio GR, Tucci M. La comunicazione con gli adolescenti. In: Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Milano: Tecniche nuove, 2007:349-62.
- [20] Raiola G, De Sanctis V, Bertelloni S, et al. Progetto di assistenza all'adolescente attraverso un programma di regionalizzazione e di standardizzazione delle strategie di intervento. Documento della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA). *Riv Ital Med Adol* 2007;5:5-7.
- [21] Ercan O, Alikasifoglu M, Erginoz E, et al. Demography of adolescent health care delivery and training in Europe. *Eur J Pediatr*. 2009;168:417-26.
- [22] Bertelloni S, Castellano Barca G, Panza E, Raiola G. Adolescent medicine in Europe: integration and cooperation are needed. *Eur J Pediatr* 2008 Oct 21 [Epub ahead of print].

Note

1 Il Piano Sanitario 2003-2005 recita: l'Area pediatrica è "l'ambiente in cui il Servizio Sanitario Nazionale si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente"; tale enunciato è in linea con quanto indicato dalla Società Italiana di Pediatria (*Pediatrics* 1995). Tale Area deve essere organizzata in spazi, strutture e servizi assistenziali idonei ai minori delle diverse fasce di età e delle loro famiglie.

2 Oltre al POMI [3] devono essere ricordati almeno il DPR n. 95 del 23 maggio 2003 (Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005) e in particolare il DPR n. 149 del 7 aprile 2006 (Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008), paragrafo 5.1 - la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza: "Per quanto attiene l'assistenza ospedaliera occorre rispettare le peculiarità dell'età pediatrica destinando spazi adeguati a questi pazienti (area pediatrica) che tengano conto anche delle esigenze proprie dell'età adolescenziale e formare in tal senso gli operatori sanitari".



SCHEDA DI VOTAZIONE

(facsimile)

Rinnovo cariche sociali
per gli anni 2009-2012

Consiglieri uscenti

Carmela Di Maio

Pediatra di comunità - Secondigliano (NA)

Giovanna Patrucco

Pediatra neonatologa - Torino

Laura Todesco

Pediatra di Famiglia - Bassano del Grappa (VI)

Michele Valente

Pediatra di Famiglia - Roma

Candidature al Consiglio Direttivo

Carlo Corchia

Pediatra neonatologo - Roma

Chiara Guidoni

Pediatra di Famiglia - Collegno (TO)

Tommaso Montini

Pediatra di Famiglia - Napoli

Luciana Nicoli

Pediatra di comunità - Bologna

Maria Francesca Siracusano

Pediatra di Famiglia - Messina

Enrico Valletta

Pediatra ospedaliero - Verona

(Indicare fino a tre preferenze per i consiglieri e solo una per il presidente)

1. _____

2. _____

3. _____

Candidature alla Presidenza

Sergio Conti Nibali

Pediatra di Famiglia - Messina

Paolo Siani

Pediatra ospedaliero - Napoli

1. _____

Regolamento

Non è possibile votare con schede non originali. Le schede dovranno essere spedite singolarmente e non oltre il 30 settembre 2009. Perché il voto sia coperto dall'anonimato, la scheda dovrà essere inserita in una busta senza nome messa all'interno di un'altra busta, in cui sarà indicato il mittente (attenzione: non saranno accettate le schede che perverranno senza l'indicazione del mittente). **Inviare la scheda al seguente indirizzo:**

Associazione Culturale Pediatri
Via Montiferru, 6
09070 Narbolia (OR)