

Rivista Italiana di **Pediatria Ospedaliera**

Rivista della SIPO-GSPO (Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera)

Volume 1 - n. 1 - Marzo 2008

VOCI DELLA PEDIATRIA ITALIANA

Sip, Società scientifiche affiliate Sip, ONSP, Operatori Sanitari

COLLABORAZIONE OSPEDALE / TERRITORIO

COLLABORAZIONI CON LE SOCIETA' SCIENTIFICHE Di Riferimento

AREA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO NAZIONALE AREA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE

NOTIZIARIO REGIONALE

OSPEDALITA' PRIVATA

ATTIVITA' SIPO-GSPO I Progetti di Educazione alla Salute

FUTURO PROSSIMO / FUTURO REMOTO Eventi-Convegni-Congressi Pediatrici

Campagna di Promozione della Salute materno-infantile "Come nasce una mamma"

Si diventa genitori in 280 giorni.

9 mesi per essere consapevoli protagonisti della vita che cresce.

Leggere e condividere le emozioni, aiuta a prepararsi serenamente al ruolo di genitore, patrimonio inestimabile per ogni bambino.



Per maggiori informazioni contattare Editeam
al nr. 051.904181 o 051.903368; e-mail: info@editeam.it

Con il patrocinio



Rivista Italiana di **Pediatria Ospedaliera**

Volume 1 - n. 1 - Marzo 2008

DIREZIONE E REDAZIONE

Direttore Generale

Salvatore Vendemmia

Direttori

Gennaro Vetrano

Alberto Podestà

Caporedattori

Maria Vendemmia

Raffaella Mormile

Carlo Cioffi

ASSISTENTE DI REDAZIONE

Elena Bernabei

SEGRETERIA DI REDAZIONE

EDITEAM s.a.s.

Gruppo Editoriale

Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)

Tel. 051.904181/903368

Fax 051.903368

staff@editeam.it

EDITORIAL BOARD NAZIONALE

Rino Agostiniani, Gaetano Ausanio, Giuseppe Buonocore, Mario Calvani, Giovanni Cavagni, Luigi Cataldi, Giuseppe Claps, Elio Coletta, Giuseppe Colucci, Antonio Correra, Giovanni Corsello, Alfonso D'Apuzzo, Raffaele De Domenici, Salvatore Di Maio, Pasquale Di Pietro, Claudio Fabris, Luigi Falco, Vassilios Fanos, Italo Farnetani, Arturo Giustardi, Marcello Lanari, Riccardo Longhi, Carmelo Mamì, Fabio Mosca, Domenico Minasi, Carla Navone, Francesco Paravati, Goffredo Parisi, Ippolito Pierucci, Vincenzo Riccardi, Giorgio Rondini, Marco Somaschini, Mauro Stronati, Luciano Tatò, Roberto Trunfio, G. Alberto Ugazio, Massimo Ummarino, Alberto Villani

EDITORIAL BOARD INTERNAZIONALE

Joseph Addad (Beirut, Libano), Jack Aranda (New York, USA), Robert Chevalier (Charlottesville - Virginia, USA), Giorgina Mieli Vergani (Londra, Inghilterra), Giovanni Piedimonte (Virginia, USA), Gamal Samy Aly (Cairo, Egitto), Umberto Simeoni (Marsiglia, Francia), Diego Vergani (Londra, Inghilterra), Murat Yurdakok (Ankara, Turchia)

SIPO-GSPO

Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera

CONSIGLIO DIRETTIVO TRIENNIO 2007-2010

Presidente

Salvatore Vendemmia

Segretario

Gennaro Vetrano

Consiglieri

Paolo Manzoni

Alberto Podestà

Gabriella Di Cicco

Goffredo Parisi

Vincenzo Riccardi

Elio Coletta

Roberto Antonucci

Vice Presidente

Maurizio Ivaldi

Revisori dei Conti

Alfio Cristaldi

Carlo Cioffi

Tesoriere

Giuseppe Colucci

Rivista Italiana di Pediatria Ospedaliera

Informazioni Generali

Per la richiesta di pubblicazione di articoli inviare corrispondenza elettronica a:
Prof. Salvatore Vendemmia c/o Segreteria di Redazione EDITEAM: staff@editeam.it

Informazioni

Per tutte le informazioni inerenti all'iscrizione alla SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera si veda domanda di ammissione a pag. V.

Abbonamenti

La Rivista ha cadenza quadrimestrale. I prezzi degli abbonamenti annuali per i non Soci sono i seguenti: Italia Euro 30,00; Estero Euro 50,00.

Tiratura e Distribuzione

Questo numero viene stampato e diffuso in nr. 12.000 copie.

Copyright © 2008

 **EDITEAM** s.a.s.
GRUPPO EDITORIALE
Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368
www.editeam.it staff@editeam.it

Progetto Grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Autorizzazione Tribunale Bologna n° 7836 del 10/03/2008

Finito di stampare nel mese di Marzo 2008

INDICE

Presentazione	pag.	1
<i>Pasquale Di Pietro</i>		
Orgoglio Ospedaliero	"	2
<i>Maurizio Ivaldi</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
Campagna di Promozione della Salute materno-infantile "Come nasce una mamma"	"	3
Il pediatra ospedaliero: stato attuale e considerazioni per il prossimo futuro	"	4
<i>Salvatore Vendemmia</i>		
ONSP: "Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria"	"	7
<i>Silvia Di Michele, Roberto Aufferi, Angelo Di Giorgio, Bianca Lattanzi, Vincenzo Rametta, Adriana Rocco, Francesca Vaienti, Michele Salata</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
"Bambini da amare, Bambini da salvare"	"	8
Notiziario Regionale		
Nido e Terapia Intensiva Neonatale nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile dell'A.U.S.L. 5 di Messina: un benessere organizzativo	"	9
<i>Francesco Fulia</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
Premio "Bambini da amare, Bambini da salvare"	"	10
Rapporto e collaborazione Ospedale / Territorio		
Il pediatra di famiglia nel Pronto Soccorso: nuova proposta di integrazione Ospedale / Territorio	"	11
<i>Paolo Tambaro</i>		
Area di aggiornamento scientifico Nazionale		
Le indagini che servono nel day-hospital di allergologia pediatrica	"	13
<i>Giovanni Cavagni, Maria Cristina Artesani, Gemma Trimarco, Simona Donnanno</i>		
Area di aggiornamento scientifico Nazionale		
La consulenza genetica	"	18
<i>Giovanni Corsello</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
Parametri vitali e segni di allarme in Pediatria	"	21
Area di aggiornamento scientifico Nazionale		
L'allergia alle proteine del latte vaccino tra dubbi e certezze: la diagnosi (1ª parte)	"	22
<i>Francesco Paravati, Anastasia Cirisano, Nicola Lazzaro, Giuseppe Frandina, Caterina Pacenza, Anna Franca Palermo</i>		
Area di aggiornamento scientifico Internazionale		
Respiratory syncytial virus and airway inflammation: relationship to asthma	"	27
<i>Giovanni Piedimonte</i>		

Area Ospedalità privata		
La Malattia di Pompe, descrizione di un caso clinico	pag.	30
<i>Alfonso D'Apuzzo</i>		
Attività SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera		
Progetto di miglioramento delle capacità di diagnosi molecolare di infezioni invasive da pneumococco, meningococco e Haemophilus influenzae nell'ottica di un miglioramento delle strategie di prevenzione e terapia	"	33
<i>Chiara Azzari</i>		
Voce agli Operatori Sanitari		
Allattamento materno in NICU: sogno o realtà	"	35
<i>Arturo Giustardi, Monika Stablum, Arianna De Martino</i>		
<i>Notizie Flash</i>		
L'allattamento al seno del tuo bambino - Come e perchè	"	36
Lettere al Direttore		
Essere "specializzandi" oggi	"	38
<i>Mariagiovanna Di Palo</i>		
Lettere al Direttore		
Il massacro mediatico contro i medici: strategie di intervento	"	39
<i>Roberto Trunfio</i>		
Responsabilità organizzative e medico-legali nei programmi di screening neonatale	"	41
<i>Maria Teresa Carbone, Antonio Correrà, Carlo Corbetta</i>		
Futuro Prossimo / Futuro Remoto Eventi-Convegni-Congressi Pediatrici	"	42

SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera

DOMANDA DI AMMISSIONE PER I NUOVI SOCI

Il sottoscritto, presa visione delle norme statutarie del Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera che si impegna a rispettare e far rispettare, CHIEDE di essere ammesso quale socio ordinario. Pertanto si riportano i seguenti dati personali:

Cognome Nome

Luogo e data di nascita

Domicilio via / piazza

CAP Città Prov. Regione

Sede di lavoro

Reparto

Dipartimento Direttore Dipartimento

Via / piazza

Telefoni: Casa Studio Fax

Osp. Cell e-mail

Codice Fiscale

Laurea in Medicina e Chirurgia - Anno di Laurea Specializzazioni

Laurea in Scienze Infermieristiche (o Diploma) - Anno

Categoria: Ospedaliero Universitario Ospedalità Privata Altro

Qualifica Ospedaliera:

Dir. di U.O. Complessa Dir. Di U.O. Semplice Altro

Qualifica Universitaria:

Prof. Ordinario Prof. Associato Ricercatore Altro

Con la presente autorizzo la Società Italiana di Pediatria al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003 n. 196

Data Firma del richiedente

Compilare in stampatello e spedire insieme con la copia dell'avvenuto versamento (quota sociale di € 30,00) a:
Biomedica srl - Segreteria Amministrativa SIP: Via Libero Temolo 4, Torre U8, 20126 Milano
c/c postale: N. 67412643 intestato a: Società Italiana di Pediatria

PRESENTAZIONE

Pasquale Di Pietro

Presidente della Società Italiana di Pediatria SIP

La nascita di una nuova rivista rappresenta sempre un momento positivo e importante in qualunque contesto avvenga e sono lieto quando ciò interessa l'ambito pediatrico, perché è indice di desiderio di approfondimento culturale, impegno e amore per la nostra professione. Se poi la rivista è quella del Gruppo di Pediatria Ospedaliera della SIP, al quale sono fortemente legato per ovvi motivi di appartenenza professionale, la soddisfazione è ancora maggiore.

Non è però solo per amore di "campanile" che saluto con interesse la Rivista della Pediatria Ospedaliera, ma lo faccio perché ritengo che possa rappresentare uno strumento particolarmente importante, di collegamento e di confronto, in un momento in cui, come ho detto anche intervenendo al vostro congresso, la pediatria ospedaliera sta attraversando una delicata fase di transizione che dobbiamo, insieme, affrontare e gestire al meglio.

Conosco personalmente e bene tutta l'attuale dirigenza del Gruppo di Pediatria Ospedaliera della SIP per cui sono certo che la rivista potrà garantire qualità e continuità e saprà aprire un importante spazio di dibattito sull'evoluzione dell'assistenza pediatrica in Italia.

Oggi c'è un gran discutere, specie in ambito pediatrico, di cure primarie e del ruolo del territorio nell'assistenza pediatrica. Razionalizzare la pediatria del territorio e rendere il servizio più adeguato alle reali esigenze, vecchie e nuove dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie è certamente un passaggio indispensabile per tutta la pediatria italiana e la SIP è attivamente impegnata su questo fronte. Ma la giusta attenzione che dobbiamo dedicare a questo aspetto non deve farci perdere di vista l'intero complesso dell'assistenza pediatrica e - come dico spesso - non deve dare la sensazione che la pediatria sia solo "codici bianchi".

La pediatria italiana è sempre stata un fiore all'occhiello della sanità italiana e si è sempre potuta confrontare alla pari con le più avanzate pediatrie del mondo grazie alla qualità dell'assistenza pediatrica ospedaliera, che ha saputo costantemente far fronte, per le capacità professionali e l'abnegazione di tanti nostri colleghi, a frequenti e più o meno gravi carenze organizzative e strutturali.

E oggi siamo di fronte ad una nuova grave emergenza: una pericolosissima carenza di organico.

Nel corso del nostro Forum di Pisa del 2006 sul-

la formazione e l'assistenza pediatrica, abbiamo presentato lo studio prospettico, realizzato dalla SIP, sul fabbisogno futuro di Pediatri in Italia. Dallo studio è emerso che, in assenza di correttivi riguardo il numero di accessi annuali alla specializzazione pediatrica consentiti dal Ministero e dalle Regioni, tra poco più di 10 anni il numero di pediatri presenti in Italia potrebbe risultare non sufficiente a garantire il mantenimento dell'attuale modello assistenziale fondato su una integrazione tra la pediatria ospedaliera e quella territoriale.

Se per quello che riguarda il numero totale di pediatri l'emergenza si prospetta tra 10 anni, in ospedale questa emergenza c'è già oggi a causa di un flusso interno che sta portando, da qualche anno, ad una consistente migrazione di pediatri dall'ospedale al territorio. Senza contare che le maggiori carenze di organico si stanno creando proprio in settori particolarmente delicati ed impegnativi come le Terapie Intensive e, in genere, la gestione delle urgenze.

Quali che siano le ragioni di questa "migrazione" il nostro obiettivo deve essere fermarla, e non vedo altro modo per farlo che riuscire a garantire, per chi lavora in ospedale, quelle gratificazioni di tipo professionale, scientifico, ed anche economico, che possono legare ad un'attività certamente impegnativa e di grande responsabilità. Prima tra tutte una formazione d'eccellenza che qualifichi sempre di più la struttura ed il singolo.

Abbiamo di fronte una sfida non facile e ciò di cui dobbiamo essere sempre consapevoli è che così come il riassetto della pediatria del territorio non riguarda solo i pediatri di famiglia e così come la riorganizzazione della formazione specialistica pediatrica non riguarda solo gli universitari, anche un rinnovato sviluppo della pediatria ospedaliera non può e non deve essere considerato solo affare dei pediatri ospedalieri.

Dico questo - e non a caso - nell'articolo di apertura della vostra rivista, perché ritengo che un giornale possa essere un veicolo prezioso per mettere in collegamento competenze, esperienze e professionalità diverse e aiutare quel dialogo e quelle sinergie che sono indispensabili a tutta la pediatria.

Personalmente, e oggi anche nella veste istituzionale di Presidente della SIP, sarò sempre vicino alla vostra rivista alla quale auguro, sinceramente, ogni successo.

ORGOGGIO OSPEDALIERO

Maurizio Ivaldi

*Vice Presidente Società Italiana di Pediatria Ospedaliera
SIPO-GSPO (Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera)*

Quale futuro per la Pediatria Ospedaliera Italiana?

E' un interrogativo che ricorre con frequenza in tutti i convegni e che esprime tutto il disagio dei Pediatri italiani. Nel giugno 2006 il Forum della SIP di Pisa aveva ribadito il grande valore culturale della scelta del nostro Sistema Sanitario Nazionale secondo la quale il Medico di riferimento per il bambino è sempre e soltanto il Pediatra, sia sul territorio che in ambito ospedaliero: è una scelta che ci distingue da tutti gli altri Paesi Europei ma che non potrà essere mantenuta se le previsioni saranno confermate. Il ridotto numero di nuovi ingressi alle Scuole di Specializzazione non consentirà di formare un numero sufficiente di specialisti che rimpiazzino quanti andranno in pensione se perdura l'attuale dispersione e parcellizzazione dell'assistenza.

E' per questo motivo che fra i rimedi indicati in quella sede venne proposto il ridimensionamento della rete ospedaliera. Questa indicazione è stata reiterata in occasione dell'ultimo congresso nazionale del Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera (Cosenza, 18-20 ottobre 2007).

Italo Farnetani, nella sua relazione, ha affermato che "a fronte di una disponibilità di 5.000 Pediatri Ospedalieri, molti reparti hanno una carenza di personale...che per assicurare la copertura dei servizi 24 ore su 24 sono necessari almeno 7 Pediatri, ma molti hanno un organico inferiore e perciò non possono garantire tutti i servizi di guardia e di assistenza alla nascita". Lo stesso relatore fornisce altri dati numerici sconcertanti: ci dovrebbero essere una unità operativa di pediatria ogni 200.000 abitanti e un punto nascita solo ove avvengono almeno 500 parti l'anno.

In base a questo criterio i reparti dovrebbero scendere dagli attuali 480 a 295 e i punti nascita da 670 a 402. Veneto, Piemonte e Marche sarebbero le Regioni a più alta criticità. E' indubbio che una razionalizzazione dell'impiego delle risorse è necessaria.

Analizzando poi le problematiche relative ai Pronti Soccorso verificiamo che solo il 30% delle strutture ospedaliere dispone di un servizio pediatrico dedicato, con disparità e difformità terri-

toriali esasperate. Il caso ligure appare emblematico: solo 50 medici per l'intero territorio se si esclude l'area metropolitana genovese. Eppure nell'anno appena concluso gli accessi pediatrici ai Pronto Soccorso sono stati poco meno di 110.000 (su una popolazione residente complessiva di 1.600.000 abitanti, dei quali meno del 9% ha età inferiore a 14 anni): riflettendo su questi dati numerici si comprende che il sistema andrà al collasso se viene meno lo spirito di sacrificio degli operatori che percepiscono ancora il loro lavoro come una missione.

Nel Forum di Pisa era stata riconosciuta la necessità di trattare i codici bianchi al di fuori dell'ospedale, ottimizzando l'assistenza grazie al contributo dei Pediatri di famiglia nelle ore diurne; inoltre sarebbe necessario realizzare una rete pediatrica regionale dell'emergenza urgenza, integrando e coordinando le competenze già esistenti sul territorio con la formazione dei medici del 118 e della continuità assistenziale.

In questa direzione sembra andare la proposta della Commissione Sanità del Senato che "nell'ambito del riequilibrio fra ospedale e territorio" vedrebbe l'attivazione di piccole strutture sanitarie (...unità o gruppi di cure primarie, ospedali di comunità, case della salute) in cui la presenza continuativa di Medici di Medicina Generale, di Pediatri e di alcuni Specialisti ed Infermieri rappresenterebbero "un punto di riferimento locale in grado di offrire sostegno adeguato ai bisogni socio-sanitari di ogni comunità e una risposta qualificata...costante nelle 24 ore".

Lodevole iniziativa, ma il riequilibrio delle risorse tra ospedale e territorio penalizza l'assistenza ospedaliera; attualmente infatti, il sistema è ancora centrato sull'ospedale ed è indispensabile che la riallocazione delle risorse avvenga contestualmente alle modifiche della struttura. **In altri termini è indispensabile che tutti i Pediatri mettano al centro del loro operato il benessere del bambino: se la "mission" del Pediatra di famiglia è quella di assicurare le cure primarie è evidente che di queste deve essere sgravato il Pediatra Ospedaliero al quale compete fornire assistenza avanzata e di maggiore complessità. L'autorevolezza della struttura ospedaliera, d'altro canto, non può più essere basata sull'au-**

toreferenzialità, ma essere il frutto di una valutazione che ne stabilisca l'accreditamento e certifichi che le prestazioni fornite rispondono a requisiti di qualità codificati. Il Pediatra ospedaliero oggi è chiamato a un minore numero di prestazioni diagnostiche e cure rispetto al passato, ma è nella variabilità e complessità della casistica trattata che trova la propria gratificazione professionale. La consapevolezza di operare seguendo linee guida condivise, le verifiche periodiche con incontri di audit, la revisione delle stesse linee guida e l'elaborazione di nuove, rappresentano il modello di comportamento di riferimento.

La consapevolezza di dovere esercitare una puntuale azione di educazione sanitaria è un altro momento di grande responsabilità professionale. Mi riferisco in particolare alla necessità di ridimensionare l'aumento dei bisogni percepiti, di cui l'eccessivo ricorso al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi è un indicatore fedele.

Un modello assistenziale che riduce il numero dei ricoveri impropri e che utilizza l'osservazione breve, offre un esempio operativo che mostra alle famiglie l'approccio corretto per affrontare le problematiche sanitarie più comuni.

E' indubbio però che l'azione del Pediatra di famiglia deve essere sinergica a quella del Pediatra ospedaliero: è indispensabile una maggiore integrazione fra le due professionalità perché venga ridotto il numero delle consulenze improprie, l'esecuzione di esami superflui, il consumo inappropriato di farmaci. Questi comportamenti rappresentano non solo un disagio psicologico per il bambino ed un costo per la società, ma anche un messaggio ansiogeno e "consumistico" per genitori sempre meno propensi ad una genitorialità consapevole.

E' possibile allora che il temuto squilibrio fra popolazione pediatrica e medici specialisti, previsto per il 2025, non si realizzi affatto o risulti quanto meno ridimensionato.

Notizie Flash

Campagna di Promozione della Salute materno-infantile "Come nasce una mamma"

La **SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera** risponde operativamente agli obiettivi indicati nel Progetto Materno Infantile del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DM 24-4-2000). Aderisce alla Campagna di Promozione della Salute Materno-Infantile "Come nasce una mamma" lanciata da Editeam su territorio Nazionale con il pieno coinvolgimento e patrocinio della Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) e della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO).

La **SIPO-GSPO Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera**, presenta il manuale "**Il primo anno del bambino dalla A alla Zeta**" il cui Autore è Gianni Tomassini, Pediatra Neonatologo dell'Ospedale Cristo Re di Roma. Il manuale sarà a disposizione delle neo-mamme nei Punti Nascita o, su richiesta, dal proprio Pediatra. Per aderire alla Campagna potrete fare richiesta dei volumi a staff@editeam.it indicando il recapito della propria struttura ospedaliera o del proprio ambulatorio.

Dalla prefazione dell'Autore:

*"Un nuovo manuale di puericoltura? No, meglio definirlo **"un piccolo libro d'istruzioni d'uso"** per i neo-genitori. Infatti nasce proprio per loro, per rispondere alle più comuni domande che da trent'anni a questa parte vengono poste quotidianamente a noi Pediatri. La particolarità sta nel fatto che gli argomenti, dal più facile al più complesso, sono presentati in ordine alfabetico per una più facile e rapida consultazione.*



SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA PERINATALE



Società Italiana Pediatria Ospedaliera
Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera



Federazione Nazionale
dei Collegi delle Ostetriche

IL PEDIATRA OSPEDALIERO: STATO ATTUALE E CONSIDERAZIONI PER IL PROSSIMO FUTURO

Salvatore Vendemmia

*Primario Unità Operativa Complessa di Pediatria e Neonatologia,
Ospedale Real Casa Santa dell'Annunziata - S. Giuseppe Moscati, Aversa
Presidente Società Italiana di Pediatria Ospedaliera
SIPO-GSPO (Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera)*

Il pediatra ospedaliero vive un momento di grave crisi di identità cui è pervenuto essendosi il suo ruolo tradizionale "svuotato" di contenuti economici e professionali e per la conseguenza di una grave, progressiva crisi vocazionale.

Si assiste, oggi, alla fuga dagli ospedali verso la pediatria di famiglia, allocazione più facilmente gestibile e con notevoli, ulteriori vantaggi. I mutamenti sociali e le scelte politiche hanno contribuito a creare uno stato di estrema confusione: la domanda di salute delle famiglie non si esaurisce nella richiesta di consulenza presso il proprio pediatra di libera scelta. I genitori non si accontentano più di un solo parere specialistico e si rivolgono, spesso, al Pronto Soccorso con la speranza di risolvere rapidamente e positivamente il problema. L'eccessiva offerta e richiesta di salute ha creato, crea e creerà modelli sempre più inefficienti ed uno spreco di utili risorse. E' evidente che se non si indicherà una via per gestire meglio la continuità assistenziale, si avranno livelli di condotta non uniformi ed appropriati, ma anche standard qualitativi e quantitativi gravemente inadeguati. Il sistema presenta ancora molteplici criticità che possiamo velocemente analizzare:

- Il P.S. pediatrico ospedaliero è presente in modo disomogeneo e non uniforme sia al Nord (50%) che al Sud (25%) del Paese (490 strutture ospedaliere, 1 Reparto/118.000 abitanti invece di 1 Reparto/200.000 -250.000 abitanti).
- La natalità in Italia è tra le più basse del mondo e, nonostante il notevole contributo degli extracomunitari, supera di poco il 10‰ (504 punti nascita, dei quali cento con uno standard inferiore a 500 nati per anno).
- Il taglio cesareo viene praticato con tassi elevati che raggiungono il 36% a livello nazionale. Al Sud, in alcuni Centri, sfiora il 60%!
- Il tasso di ospedalizzazione da 0-14 anni è del 100.9‰. Tale valore supera del 50‰

quello di altri Paesi Europei (U.K. 50‰, Spagna 60‰).

- La guardia medica ostetrica e pediatrica 24h/24h è presente al Nord nel 70% degli ospedali ed al Sud nel 40%, ed è questa, forse, una delle cause di aumento dei T.C.
- In molte regioni manca la rete della emergenza pediatrica ed il trasporto neonatale di emergenza.
- L'età media dei pediatri ospedalieri è sempre più elevata e risulta più difficile la loro sostituzione.
- C'è carenza negli organici del personale previsto e fuga dagli ospedali, reparti di pediatria con posti-letto esuberanti rispetto ai bisogni effettivi, spesso insufficienza dei requisiti minimi assistenziali, inadeguato turnover di nuove figure professionali ed orientamento delle nuove leve verso la Pediatria di famiglia più comoda, remunerativa ed incentivante.

Queste le fondamentali, essenziali criticità del momento, alle quali bisogna rispondere con adeguate e fattibili proposte operative.

Per la **continuità assistenziale** sarebbe opportuno utilizzare i pediatri di famiglia in turni di servizio, notturno e festivi, in tutti gli ospedali italiani. Questa più razionale utilizzazione delle risorse eviterebbe inutili e superflui sprechi, inefficienti e paradossali doppioni. La crisi dei medici pediatri e la crisi di "vocazioni" dei pediatri ospedalieri, destinate a crescere nei prossimi anni per un numero inadeguato di nuovi specialisti, troverebbero certamente una rapida ed utile soluzione se ci fosse la volontà politica e sindacale di una reale integrazione. Gli ospedali riceverebbero indubbi vantaggi, il Pediatra di famiglia si sentirebbe più integrato e protetto in un sistema che gli assicura aggiornamento, gratificazione professionale, vantaggi economici e la possibilità di seguire i propri pazienti critici in un ambiente più protetto, sicuro, organizzato.

Bisogna ripartire dal Progetto obiettivo materno-infantile del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 riaffermando con chiare norme legislative gli **standard organizzativi e strutturali** dei reparti di pediatria (standard qualitativi e quantitativi) non solo per riorganizzare la rete ospedaliera ma soprattutto, per garantire livelli essenziali e appropriati per la sicurezza della madre e del bambino.

L'ospedale deve garantire **il II livello delle prestazioni** e tutta l'attività deve essere sviluppata con spirito di servizio, riaffermando, incisivamente, il ruolo della formazione e del coordinamento nell'ambito di un modello dipartimentale.

E come avviene in Europa, l'ospedale deve essere fondamentalmente riconosciuto come luogo di **cura, insegnamento e formazione**. Questa motivazione e questo stimolo potrebbero sufficientemente essere validi a ridestare la coscienza professionale e l'orgoglio sopito.

Nuovi indirizzi di politica sanitaria: quelli volti alla riduzione dei posti letto, all'attuazione di ricoveri brevi con il relativo accreditamento da parte dell'ASL, al contenimento giusto della spesa sanitaria, alla limitazione della mobilità in uscita, all'elaborazione di adeguati modelli assistenziali basati sui mutati bisogni di salute, al mantenimento di un livello elevato di professionalità da parte dei Pediatri specialisti. Sarebbe auspicabile l'adozione di Linee Guida condivise, la programmazione dei percorsi assistenziali unitari da attuare nei casi di dimissione precoce (neonato sano, day-hospital, day-surgery), l'attività di farmacovigilanza, i percorsi assistenziali nei pazienti con malattie croniche e rare.

E' necessaria una rivalutazione del lavoro dei pediatri delle **Ospedalità private**, fino ad oggi quasi inosservato e banalizzato da comportamenti superficiali ed arroganti. Ci sono in Italia, esempi di grande efficienza sia in campo neonatologico che pediatrico.

Il nuovo Corso di Laurea triennale per Infermiere pediatrico offre una nuova figura professionale, formata nell'università e negli ospedali, supporto insostituibile al nostro quotidiano lavoro.

Infine, per quanto riguarda gli Specializzandi in Pediatria, ci sembra sconcertante quanto propone il Disegno di Legge "Interventi per la qualità e la sicurezza dei Servizi Sanitari Nazionali".

E' inaccettabile quanto viene proposto dall'articolo 6 per la parte riguardante l'attività degli Specializzandi presso le unità di pediatria territoriale. Si ha addirittura l'impressione che la categoria degli Specializzandi venga "usata" per coprire la carenza numerica dei pediatri in quelle unità e per dare un "contentino" agli ospedalieri che da sempre accusano l'enorme carico di lavoro (non retribuito adeguatamente) della continuità assistenziale.

Non è certamente questo il sistema idoneo a garantire un'adeguata formazione professionale ed un'adeguata erogazione assistenziale.

Il Ministro avrebbe dovuto ascoltare tutte le parti in causa, ed in particolare gli ospedalieri che da anni sono umiliati con retribuzioni non adeguate alla loro professionalità ed ai livelli europei. Non si possono varare leggi o decreti senza aver consultato rappresentanti degli operatori che realmente provvedono 24h su 24, ai bisogni di salute di tutti i bambini.

Auspichiamo, pertanto, che un'attenta e profonda riflessione possa essere utile a ridiscutere i problemi più urgenti ed evidenti della formazione e della assistenza pediatrica in Italia.

E per mantenere l'impegno assunto con queste proposte, abbiamo creato questa rivista affinché possa essere messaggero eloquente per tutte le pediatrie soprattutto nell'interesse della collettività.

Non è stato facile creare ex novo uno strumento editoriale importante che con 12.000 copie raggiungerà tutti i Pediatri italiani. Infatti la novità non è soltanto editoriale, è rappresentativa di uno spirito nuovo, ribelle attivo che vuole dare vigore ed impulso a tutte le voci della pediatria. E' doveroso ringraziare la Casa Editrice EDITEAM ed in particolare la energica ed attiva dottoressa Franca Gollisano che ci segue con affettuosa dedizione.

Mi auguro che il futuro sarà favorevole a queste nostre iniziative.