

IL RICOVERO DEGLI ADOLESCENTI IN OSPEDALE

Silvano Bertelloni¹, Lucia Lispi², Lodovico Perletti³

¹Presidente Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, Dipartimento Materno-Infantile, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

²Dipartimento Programmazione, Ministero della Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, Roma

³Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza, Ministero della Salute, Milano

Indirizzo:

Dr. Silvano Bertelloni

Dipartimento di Dipartimento Materno-Infantile, Ospedale Santa Chiara

Via Roma, 67 – 56125 PISA

Tel 050-992.743; Fax 050-993.044

e-mail s.bertelloni@med.unipi.it

Riassunto

Diverse indicazioni legislative suggeriscono la necessità del ricovero degli adolescenti (età 10-18 anni) in Area pediatrica. Tuttavia i dati epidemiologici dimostrano che la maggioranza degli adolescenti sono assistiti 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. Pediatria, Età limite di ricovero in Area pediatrica, Ricoveri 10-18 anni in reparti per adulti,

Abstract

Several Italian laws suggest the opportunity of hospital admission of adolescents (age 10-18 years) in pediatric departments. However, epidemiological evidences show that in Italy the majority of adolescents has been cared in specialist of general adult wards. In addition, only a minority of pediatric departments are able to admit patients up to 17 years old. Large differences are between the North and the South Italy. To address the actual situation, Italian pediatric departments should perform a reorganization of their activities and should invest in continuous medical education programs in adolescent medicine.

Key words

Adolescent, Hospital, Pediatric Departments, Age limit for pediatric admission, Admission of 10-18 years old patients in adult wards,

Introduzione

In Italia, le cure pediatriche in ospedale sono assicurate da oltre 7500 posti letto (6.246 di degenza ordinaria, 1.307 di day hospital), di cui circa il 99% localizzati in istituti di ricovero pubblici e ripartiti in circa 660 UU.OO. complesse di Pediatria e Neonatologia (1, 2). Sebbene ridotto rispetto al passato, tale numero risulta ancora elevato rispetto a quello di altri paesi europei e agli standard raccomandati dal Progetto Obiettivo Materno-infantile (1 U.O. di Pediatria/200.000 abitanti) (3) con un eccesso di piccole UU.OO di Pediatria, che comporta un case-mix a bassa complessità assistenziale (2).

Nell'affrontare gli aspetti relativi all'assistenza pediatrica in ospedale, compresa quella agli adolescenti, si deve tenere conto di questa realtà unitamente al fatto che nel nostro paese si sono avuti negli ultimi decenni profondi cambiamenti economici, culturali e sociali con netta riduzione della fecondità, che è oggi tra ai valori più bassi del mondo occidentale (4), e conseguente riduzione della popolazione minorile nella composizione della società (5). Nonostante quest'ultimo fenomeno fosse ben evidente nel nostro paese fin dagli anni '70, si è affidato l'assistenza territoriale all'infanzia ad uno specialista - il pediatra di famiglia - senza al contempo riorganizzare la rete pediatrica ospedaliera, che si presenta caratterizzata, oltre all'eccessiva capillarizzazione, anche da un inadeguato aggiornamento tecnologico e strutturale (2) con posti letto dedicati prevalentemente a neonati e bambini piccoli.

Nel recente passato, sono state inoltre sostanzialmente sconfitte 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, che peraltro cambiano oggi più rapidamente rispetto al passato (Tabella 1), 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 (Figura 1), che 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 ad 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 2) (8).

Questa nuova realtà sociale 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. Al di là di enunciazioni di principio, in pratica rappresentano il gruppo di minori a cui è stata dedicata meno attenzione per cui la "care" per questa fascia di età rimane un problema ampiamente non risolto come dimostrato anche dal fatto che la mortalità in questa fascia di età è rimasta quasi invariata negli ultimi 20 anni mentre quella dei bambini prepuberi si è ridotta di circa il 70% (8-11).

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 ospedalizzazione 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 15-14 anni pari a 70.0‰. 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 (11).

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 influiscano sulle decisioni di ricovero (11). E' inoltre presente un'ampia differenza nei tassi di ospedalizzazione nelle differenti fasce di età. La tabella 3 dimostra come nel primo anno di vita si abbiano valori superiori al 500‰: in pratica più di un bambino su due. Tale valore risulta relativamente stabile rispetto dal 2001 al 2005, ma in aumento rispetto ai già elevati valori del 1998 (11). In diminuzione rispetto agli anni precedenti risulta invece il tasso di ospedalizzazione per le età successive al primo anno di vita (Tabella 3), 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 3).

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 4). Gli ultimi dati disponibili dimostrano come quasi il 50% dei pazienti 5-14 anni – quindi anche molti bambini prepuberi - e la grande maggioranza (circa l'85%) di quelli 15-17 anni venga ricoverato 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 scarse variazioni negli ultimi anni (Tabella 4), suggerendo uno scarso impegno delle istituzioni - ma forse anche dei reparti di pediatria - per cercare di ridurre il ricovero pediatrico in reparti per adulti.

Il ricovero numericamente rilevante di adolescenti - ed anche di bambini (Tabella 4) - al di fuori dell'Area pediatrica, oltre a togliere volumi di attività alle strutture pediatriche, contribuendo a un depauperamento di risorse professionali ed economiche (2), determina l'impossibilità di maturare sufficiente esperienza clinica per i casi a maggior impegno assistenziale o affetti da "nuove" patologie (Tabella 1). Inoltre, le fasce di età più elevate presentano motivi di ricovero diversi da quelli dei bambini 0-14 anni (Tabella 5) (10); anche per questo è possibile che gli adolescenti trovino assistenza ospedaliera in reparti specialistici dell'adulto più "orientati" su patologie specialistiche e sulle quali i pediatri delle UU.OO. di piccole dimensioni possono aver acquisito minore 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, 10)², una recente in-

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 (Pediatria Notizie 1995). Tale Area deve essere in spazi strutture e servizi assistenziali idonei ai minori delle diverse fasce di età e delle loro famiglie.

² Oltre al POMI (2) 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 questi pazienti (area pediatrica) che tengano conto anche delle esigenze proprie dell'età adolescenziale e formare in tal senso gli operatori sanitari*").

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 6). 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 compiuti nel 50% dei reparti pediatrici) e Sud (ricovero fino ai 17 compiuti nel 25% dei reparti pediatrici) (Tabella 6), che caratterizza molti aspetti della sanità italiana in generale e dell'assistenza pediatrica in particolare (2, 10, 12).

Commento

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*" (3), rimanga sostanzialmente non raggiunto, nonostante sia stato ribadito anche nei Piani Sanitari Nazionali successivi (vedi nota 2). Questo stato di fatto determina sia la penalizzazione delle modalità di assistenza ad una fascia di età che si sta progressivamente ampliando, cioè gli adolescenti (Figura 1), e che viene troppo frequentemente ricoverata in condizioni di promiscuità con pazienti adulti/anziani e assistita 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 anche le risorse professionali e strutturali delle UU.OO. di pediatria, contribuendo alla crisi della pediatria ospedaliera (2), riducendo l'attività e quindi il finanziamento delle strutture pediatriche.

Esiste poi una forte disparità nel paese per quanto riguarda limite di età per il ricovero nei reparti pediatrici (2), 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 e economicamente svantaggiate - possono contribuire a una minore efficacia, reale o percepita, dei percorsi di cura e al troppo elevato tasso di mi-

grazione sanitaria sud-nord soprattutto per gli adolescenti affetti da patologia cronica (11, 13).

Vari fattori hanno probabilmente contribuito al mancato maggiore sviluppo di attività assistenziali pediatriche ospedaliere per adolescenti, tra cui uno scarso investimento in formazione che aggiornasse 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, 14, 15). Sarebbe stata inoltre la necessaria una riqualificazione strutturale/alberghiera dei reparti di Pediatria in linea con le necessità degli adolescenti (8, 15). In effetti, si deve constatare l'assenza quasi completa di spazi specificamente dedicati a questa fascia di età nella grande maggioranza delle UU.OO. di Pediatria, che troppo spesso vengono trattati come bambini, negando nel momento delicato del ricovero la loro differente identità e trascurando, a volte anche dal punto di vista comunicativo - verbale non verbale - un loro maggiore coinvolgimento nei percorsi di cura e nell'acquisizione del consenso informato (8, 16).

Per ovviare a questa situazione, i pediatri dovrebbero proporre alle istituzioni delle soluzioni concretamente realizzabili ed 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, 11, 12, 13). A questo proposito, il gruppo di lavoro su "Medicina dell'adolescenza" del Forum Formazione-Assistenza della SIP (15) e la Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (17) hanno indicato – per l'ospedale - i seguenti punti prioritari:

- Richiedere alle direzioni aziendali di estendere il limite di ricovero fino ai 17 anni compiuti (quando non presente) in tutte le UU.OO. di pediatria in accordo con le indicazioni del POMI (3) e del sistema di pagamento a prestazione che prevede specifici DRG per i soggetti di età inferiore a 18 anni (10).
- Realizzare un adattamento di parte delle UU.OO. di pediatria in senso adolescentologico, riservando, oltre a servizi ambulatoriali e day hospital con orari ed 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. Cioè, dopo aver reso i reparti pediatrici a misura di bambino si dovrebbe essere in grado di trasformarli a misura di adolescente. 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:
 - a. una filosofia di approccio omogenea da parte di tutto il personale di assistenza (medico e non medico), caratterizzata - in particolare nei ragazzi con malattia cronica - da disponibilità all'ascolto e al dialogo, assenza di pregiudizi anche su temi delicati, confidenzialità, riservatezza, serietà professionale evitando al contempo messaggi non coerenti, cioè centrare il percorso di cura non sulla malattia ma sulla persona;
 - b. un miglioramento delle conoscenze sulle patologie adolescenziali (comprese le modalità di prevenzione e trattamento);
 - c. la certificazione di uno specifico percorso formativo in medicina dell'adolescenza del personale medico e paramedico coinvolto in questo settore specialistico (es. supplemento al diploma nell'ambito della nuova Scuola di Specializzazione in Pediatria, master post-universitari, scuole di alta formazione anche sviluppate dalle Società scientifiche, etc) (7, 15, 17).
- 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 (ginecologi, neuropsichiatri, psicologi, dietisti, assistenti sociali e sanitari, etc.) in modo da realizzare una struttura funzionale trans-murale finalizzata ad assicurare concretamente "l'appropriatezza del percorso assistenziale per l'adolescente attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed 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 ad 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 (15, 17).

Conclusioni

In Italia, la pediatria ospedaliera è un patrimonio ed anche un vanto - troppo volte sottovalutato - del "welfare" pubblico, come indicano molti dati forniti dal sistema informativo del Ministero della Salute. Tale sistema necessita sia della giusta valorizzazione, anche per aumentare la motivazione degli operatori, sia di un processo di ristrutturazione professionale e strutturale in grado di renderlo adeguato a vincere, come in passato, le nuove sfide che la moderna pediatria gli pone, come quella di riuscire a garantire un sempre più alto livello qualitativo e standard assistenziali omogeneamente diffusi in ambito nazionale atti a soddisfare con efficacia ed efficienza le esigenze di salute dei nostri adolescenti in ospedale.

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. *Minerva Pediatr* 2008; 60: 823-835
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- 1123
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 della adolescentologia. In: Burgio GR, Bertelloni S "Una pediatria per la società che cambia", Milano, Tecniche nuove; 2007: 167-182
9. Confalonieri V. Inchiesta: Adolescenza. Terra di nessuno. *Il Pediatra* 2009; XIII (1): 20-24
10. 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:pp 11-17
11. 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: 121-139

12. Ministero della Salute. Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia (dal neonato all'adolescente). www.ministerosalute.it
13. Bonati M, Campi R. What can we do to improve child health in southern Italy? PLoS Med. 2005; 2: e250. Epub 2005 Aug 23
14. Osservatorio Nazionale degli Specializzandi in Pediatria. Questionario 2003 sull'attività formativa in Pediatria. www.onsp.it
15. De Sanctis V, Bertelloni S, Di Mauro G, Marinello R, Pintor C, Raiola G. Forum Formazione-Assistenza. Quale Pediatra per quale modello di Pediatria: Medicina dell'adolescenza. Quaderni di Pediatria 2006; 5: 48-51.
16. 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: 349-362.
17. Raiola G, De Sanctis V, Bertelloni S, Chiavetta S, Ranieri G, De Simone M, Garofalo P, Govoni MR. 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(3): 5-7

Tabella 1. Principali problematiche di cui si deve interessare la Pediatria: evoluzione dai primi anni del 1900 ai primi anni del 2000; oltre al cambiamento dei bisogni di salute di bambini e adolescenti, è messa in evidenza la velocità con cui tali cambiamenti sono progressivamente avvenuti (6, 7)

	"Classiche" patologie pediatriche"	"Nuove" patologie pediatriche	"Dopo" le nuove patologie	Morbilità "oltre il 2000"
<i>Periodo di tempo</i>	1900-1950	1960-1980	1980-2000	2000→
Aspetti clinici	Alta mortalità neonatale/infantile Elevata frequenza di patologie infettive Patologie da denutrizione Bassa capacità di cura per le malattie croniche /rare Malattie da sovraffollamento	Alterate dinamiche familiari Disturbi di apprendimento Disturbi emotivi Stress da situazioni ambientali Insufficiente educazione alla salute	Disgregazione sociale Disaffezione alle regole Nuove "epidemie" (HIV, violenza, abuso di alcol/droga, povertà) Problemi socio-assistenziali per maggiore sopravvivenza dei soggetti con cronicità	Fattori socio-economici e salute Patologie indotte dalle nuove tecnologie Disturbi alimentazione (sovrappeso/obesità; anoressia nervosa) Salute mentale Patologie da contaminaz. ambientale (es. pubertà, fertilità, tumori)

Tabella 2. Malattie croniche in età evolutiva (per 100 persone della stessa classe di età): anno 2005*

Numero malattie croniche	Maschi		Femmine		Totale	
	Una o più	Due o più	Una o più	Due o più	Una o più	Due o più
0-14	9.0	1.6	7.7	1.4	8.4	1.5
15-17	12.0	2.1	11.9	2.6	12.0	2.3
18-19	10.7	1.7	13.2	1.6	11.9	1.7

*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

Tabella 3. 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 4. 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

Tabella 5. 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 puerperio
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 6. 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



Figura 1. Evoluzione ed ampliamento 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).