

# 65° CONGRESSO NAZIONALE SIP

## NUOVE FRONTIERE DELLA MODERNA PEDIATRIA



**27-30 NOVEMBRE 2009**  
**PADOVA FIERE**

[www.congresso.sip.it](http://www.congresso.sip.it)



SOCIETÀ ITALIANA  
di PEDIATRIA

## Il Ricovero degli Adolescenti in Ospedale

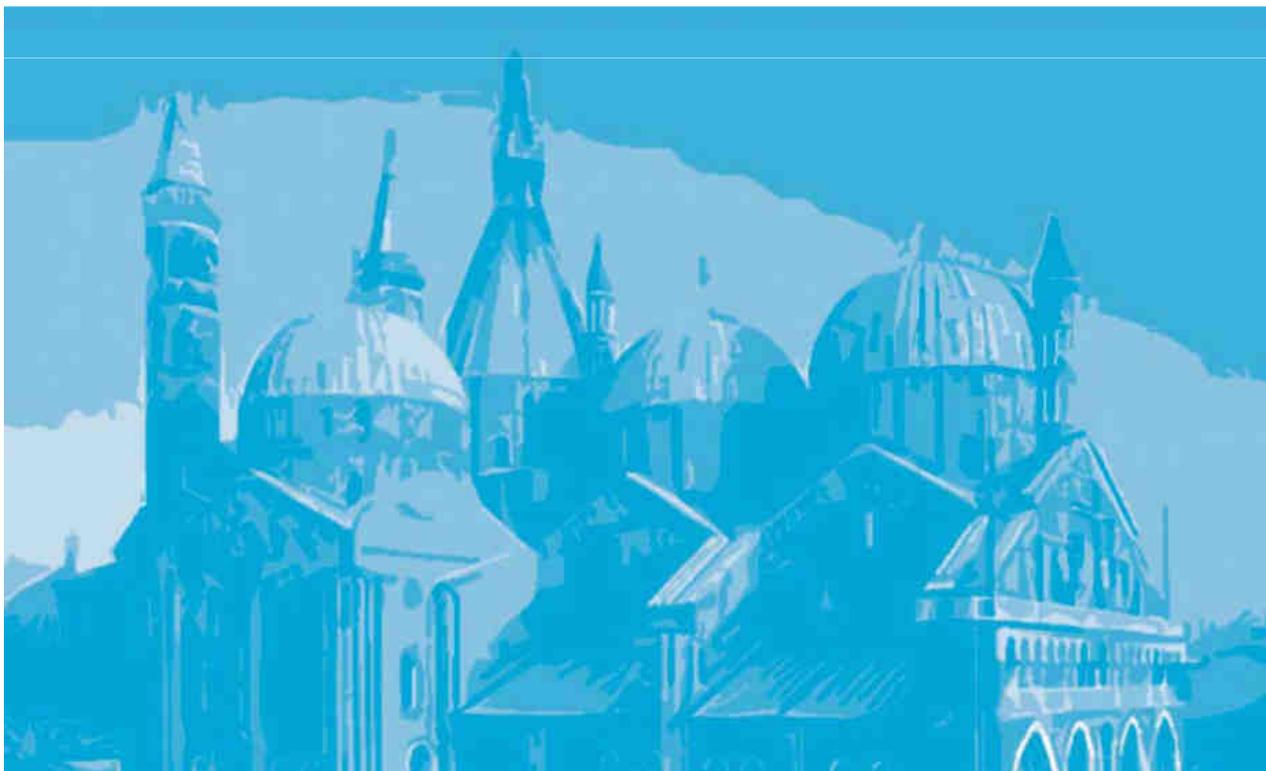
*Silvano Bertelloni*

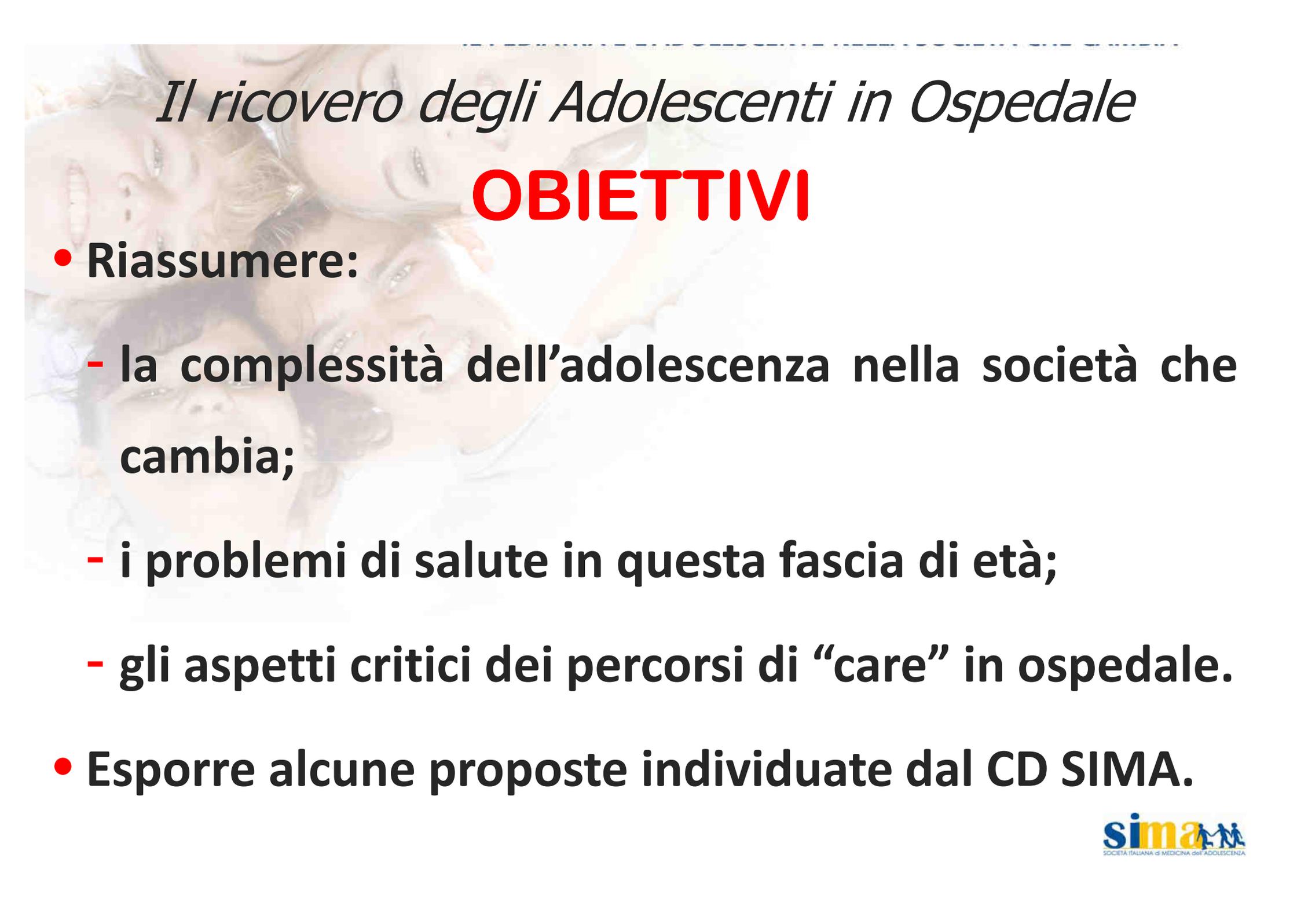
**sim**  
SOCIETÀ ITALIANA di MEDICINA dell'ADOLESCENZA



Dip. Materno-Infantile, Pisa

**Padova, 29 novembre 2009**





# *Il ricovero degli Adolescenti in Ospedale*

## **OBIETTIVI**

- **Riassumere:**
  - **la complessità dell'adolescenza nella società che cambia;**
  - **i problemi di salute in questa fascia di età;**
  - **gli aspetti critici dei percorsi di “care” in ospedale.**
- **Esporre alcune proposte individuate dal CD SIMA.**

# CHI SONO GLI ADOLESCENTI OGGI?

<b>Ente</b>	<b>Paese</b>	<b>Anno</b>	<b>Limiti, aa</b>
OMS	–	1975	10 – 20
SIP	Italia	1978	11 – 16
AAP	USA	1995	11 – 21
SAM	USA	1995	10 – 25°
<b>SIMA</b>	<b>Italia</b>	<b>2006</b>	<b>10 – 18*</b>

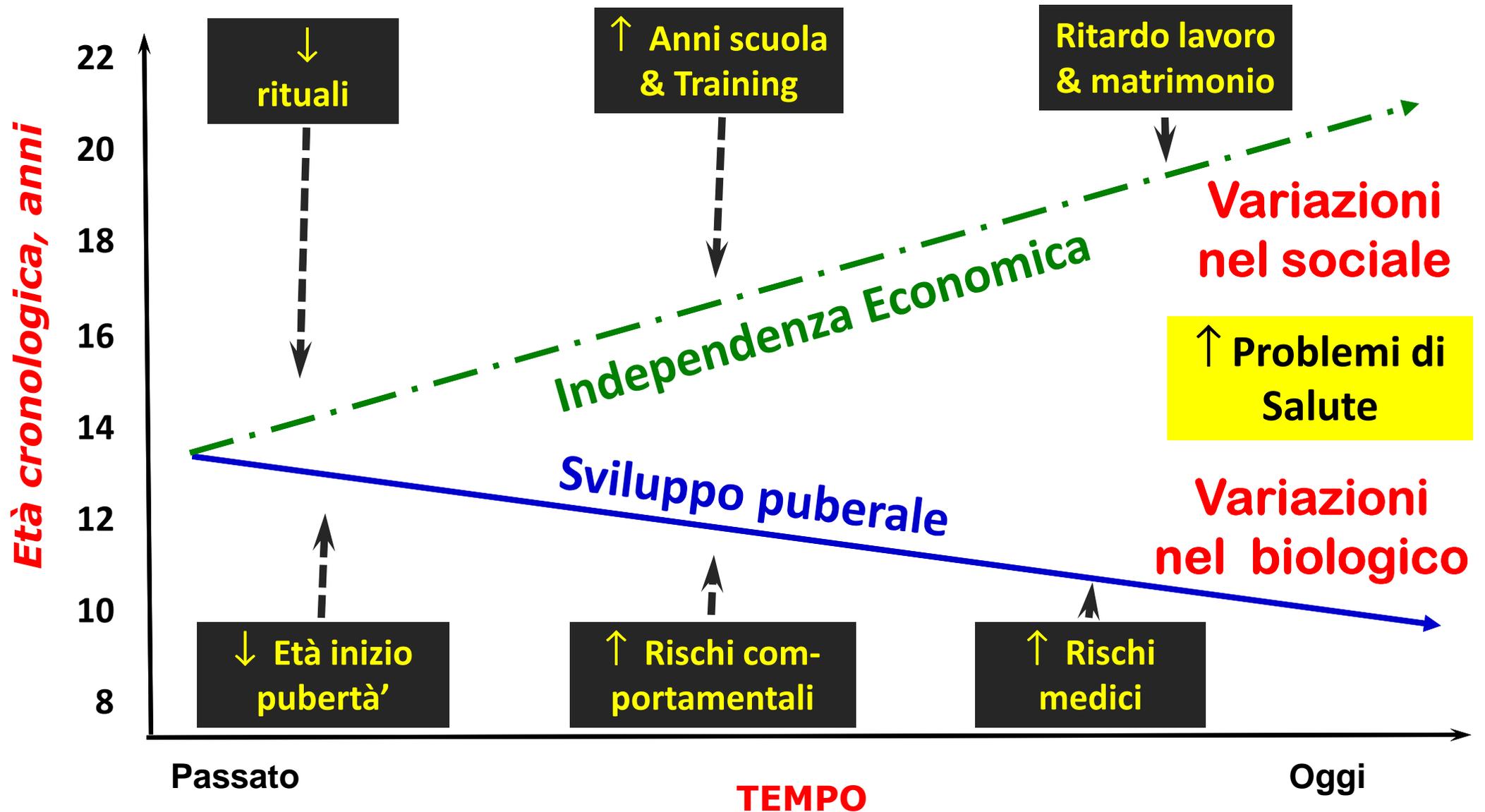
°1. inizio adolescenza = inizio sviluppo puberale;

2. fine adolescenza = acquisizione status adulto (*sociale/economico*)

**\*1. inizio fin da 8-9 aa, se pubertà precoce/anticipata;**

**2. estensione fino alla III-IV decade di vita nel caso di individui con patologie croniche** (*IJP, 2007; Acta Paediatrica, 2008*).

# Società attuale: L'Adolescenza sta divenendo un periodo di vita sempre più lungo & complesso



(sviluppata da un'idea di Michaud & al.)

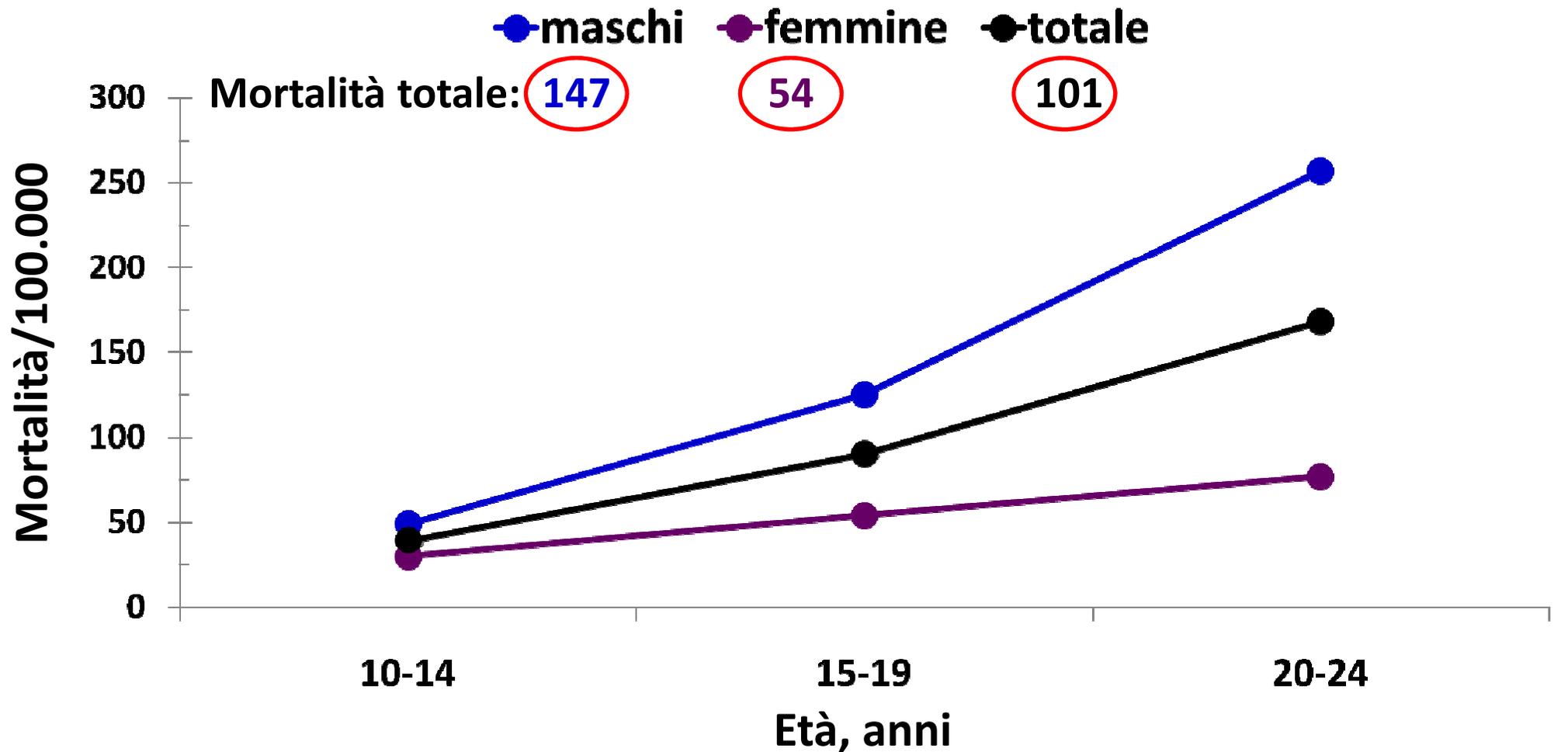
## Variazione degli Indicatori dello Stato di Salute degli Adolescenti

<b>Indicatore</b>	<b>I dato</b>	<b>II dato</b>	<b>Var. %</b>
Uso di contraccezione nei primi anni dopo l'inizio dei rapporti sessuali ( <i>età 14-25 aa</i> )	1987 55%	2005-06 54.5%	—
Interruzione volontaria di gravidanza ( <i>età &lt; 20 aa</i> )	1983 8.0‰	2007 7.5‰*	—
Consumo di alcolici fuori pasto ( <i>età 14-17 aa</i> )	1998 12.6%	2008 18.7%	+48.4
Uso di cannabis negli ultimi 12 mesi ( <i>età 15-24 aa</i> )	2001 M: 15% F: 8.0%	2005 M: 22.0% F: 17.5%	+48.4 <b>+118.7</b>
Minori morti alla guida di veicoli a due ruote	2001 102	2005 127	+24.5
Suicidio maschi ( <i>età 15-19 aa</i> )	1970-'72 2.8/10 <sup>4</sup>	2000-'02: 3.4/10 <sup>4</sup>	+21.4
DCA (anoressia nervosa, bulimia nervosa, EDNOS) ( <i>10-25 aa</i> )	aa '60 2-3%	aa '00 ~10%	~+200

\*N.B. 25-29 aa: 1983: 27.6 ‰; 2007: 14.9‰ (-46.1%); 30-34 aa: 1983: 25.2 ‰; 2007: 12.9‰ (-48.8%)

(Bertelloni – Bona, in Burgio “Pediatria Essenziale”, in stampa)

# Tasso di Mortalità per Età e Sesso negli Adolescenti in Europa



(Patton et al, Lancet Sept. 12 – 2009)



***Età 0-18 anni***

**Variazione Mortalità negli ultimi 20 aa**

---

***Classe di età***

***↓ mortalità***

---

**Neonati/Bambini**

**~ 70%**

**Adolescenti**

**~ 10 – 20%**

*(Michaud, Congresso SIP Napoli 2004)*

# *Il ricovero degli Adolescenti in Ospedale*

## **OBIETTIVI**

- **Riassumere:**
  - **la complessità dell'adolescenza nella società che cambia;**
  - **i problemi di salute in questa fascia di età;**
  - **gli aspetti critici dei percorsi di “care” in ospedale.**
- **Esporre alcune proposte individuate dal CD SIMA.**

# GLI ADOLESCENTI IN OSPEDALE: ASPETTI LEGISLATIVI

Documento	Anno	Obiettivo
Consiglio Superiore Sanità	1987	Distribuire le degenze in area pediatrica per fasce di età, <u>tenendo conto delle particolari esigenze di quella adolescenziale.</u>
Progetto Obiettivo Materno-infantile	Suppl. ord. n. 89 G.U. 07-06-2000	Ricovero di <u>tutti i minori</u> in area pediatrica
Approvazione Piano Sanitario Nazionale 2003-2005	DPR n. 95 23-05-2003	L'Area pediatrica è l'ambiente in cui il SSN si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per neonato, bambino e <u>l'adolescente.</u>
Approvazione Piano Sanitario Nazionale 2006-2008	DPR n. 149 I 7-04-2006	Per l'assistenza ospedaliera occorre rispettare le peculiarità dell'età pediatrica destinando spazi adeguati a questi pazienti, che <u>tengano conto delle esigenze proprie dell'età adolescenziale e formare in tal senso gli operatori sanitari.</u>

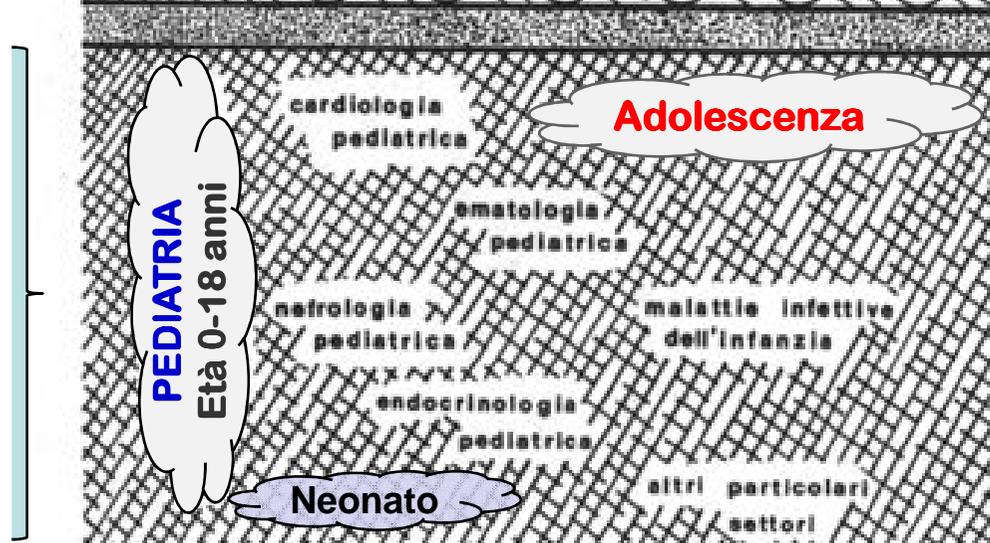


# SIP: Proposta per l'Organizzazione dei Servizi di Cura Materno-infantili

**Area della  
Medicina  
dell'Adulto**



**Area  
Pediatria  
(0-18 anni)**



*Presidenza G.R. Burgio  
Riv Ital Ped 5: 1979*

# Area di competenza della Pediatria: Definizione

European Accademy of Pediatrics/UNEPSA*	CESP/EAP**
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.	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 Paediatric Societies and Associations

\*\* Confederation of European Specialists in Pediatrics (specialist section of pediatrics of the European Union of Medical Specialists (UEMS)/European Accademy of Pediatrics

**Prospettive in Pediatria**

*(Bertelloni et al, 2008)*



# Il Ricovero degli Adolescenti in Pediatria

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

Fascia di età	2008 <sup>^</sup>	2005	2003	2001	1998
0-11 mesi	483	530	549	547	452
1-4 anni	89	66*	101	111	172
5-14 anni	46		58	68	77
15-17 anni	64 <sup>°</sup>	73 <sup>°</sup>	62	71	81

\*1-14 anni; °15-24 anni    <sup>^</sup>Italia: 128.5/1.000 abitanti

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

Fascia di età	2007	2005, %	2001, %	1997, %
0-11 mesi	2.0	2,6	3,6	10,3
1-4 anni	15.1	16,3	19,2	28,3
5-14 anni	42.3	44,3	49,0	55,5
15-17 anni	84.2	85,5	87,8	81,8

# Il Ricovero degli Adolescenti in Pediatria

## ETÀ LIMITE DI RICOVERO IN AREA PEDIATRICA<sup>^</sup>

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

\*compiuti; <sup>°</sup>numero di UU OO di Pediatria che hanno risposto all'indagine

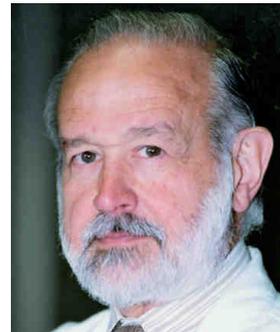
<sup>^</sup>Indagine SIP 2008 (Longhi et al, Min Pediatr 2008; 60:823-35)

# il Pediatra

## Inchiesta Adolescenza

L'assistenza in ospedale porta con sé casi particolari. Spiega ancora Masera: «I casi di leucemia linfoblastica rappresentano un esempio in cui, nella fascia di età dai 14 ai 18 anni, i bambini curati nelle strutture pediatriche con modalità e protocolli pediatrici hanno una sopravvivenza maggiore rispetto a bambini della stessa età o adolescenti trattati in centri dell'adulto con protocolli orientati

all'adulto, con una differenza di circa il 20 per cento a favore del trattamento pediatrico riscontrata in diversi Paesi (*Boissel N et al. J Clin Oncol 2003; 21:774; Stock W et al. Blood 2008; 112: 1646; Testi AM et al. Blood 2004; 104: 1954a; de Bont JM et al. Leucemia 2004; 18: 2032*).



**G. Masera**



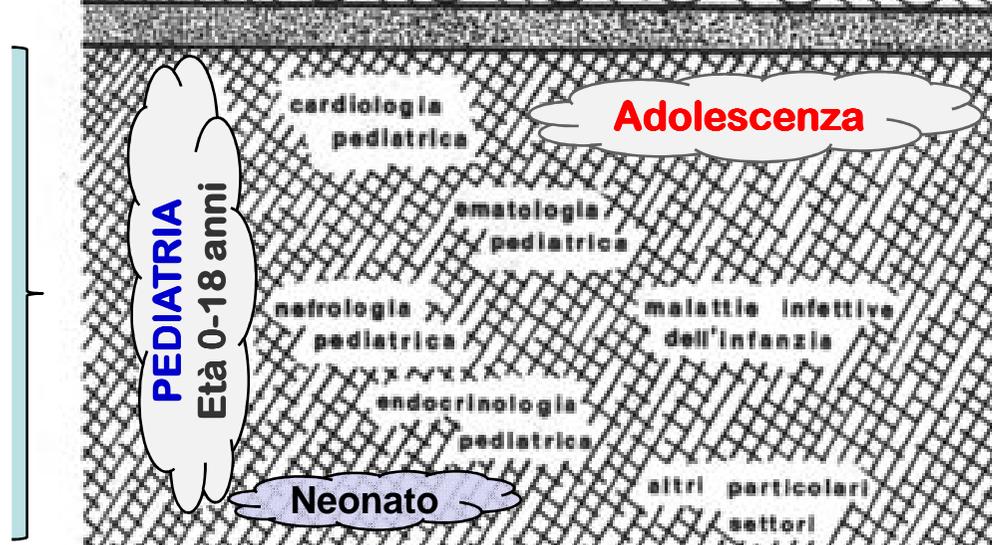
# SIP: Proposta per l'Organizzazione dei Servizi di Cura Materno-infantili

**Area della  
Medicina  
dell'Adulto**



**Età della  
Transizione**

**Area  
Pediatria  
(0-18 anni)**



*Presidenza G.R. Burgio  
Riv Ital Ped 5: 1979*



Evento ECM  
gratuito per  
MEDICO  
CHIRURGO

**"DAL NEONATO  
ALL'ADOLESCENTE"  
NOVITÀ E VECCHI  
PROBLEMI:**  
*L'utilizzo del GH nei soggetti SGA  
Handover dal PdF al MMG*

**PALERMO**  
16 - 17 Ottobre 2009  
Hotel Splendid La Torre



Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza



## *Altri Problemi*

# **"Transizione" & "Formazione"**

Eppure, c'è uno spazio temporale nel corso dell'adolescenza, che il più delle volte si identifica tra la cessazione dell'assistenza da parte del pediatra e la presa in carico da parte del medico dell'adulto, in cui l'adolescente di fatto rimane "orfano" di assistenza, intesa come "ombrello" offerto da chi può esercitare un ruolo di *tutor* sanitario ed anche di "adulto" di fiducia per il giovane....

Inoltre, la complessità e la specificità delle materie assieme alle caratteristiche del profilo psico-comportamentale dell'adolescente hanno portato - *spesso anche per un gap formativo* - ad un approccio incongruo sia sotto il profilo metodologico sia sotto quello clinico e psicologico ....

# *Il Ricovero degli Adolescenti in Ospedale*

## **OBIETTIVI**

- Riassumere:
  - la complessità dell'adolescenza nella società che cambia;
  - i problemi di salute di questa fascia di età;
  - gli aspetti critici dei percorsi di "care" in ospedale.
- **Esporre alcune proposte individuate dal CD SIMA:**
  - **Forum Formazione-Assistenza SIP** (*Pisa, giugno 2006*);
  - **Age limits of adolescence & health care system for adolescents: A position paper SIMA** (*Ital J Pediatr. 2007*).
  - **Riorganizzazione del modello assistenziale per gli adolescenti** (*XV Legislat. DDL n. 360 - 06/05/2008*).
  - **Novità in Medicina dell'Adolescenza** (*Prospett. Pediatria 2008*).
  - **Il ricovero degli adolescenti** (*Quaderni ACP 2009*).

## **Assistenza di Secondo Livello**

---

In tutte le UU.OO. di Pediatria:

- Richiedere l'estensione del limite di ricovero per tutti i minori di 18 aa, in accordo con le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (2000) e del sistema DRG (tariffe specifiche per < minori 18 aa).

# Assistenza Pediatrica : Situazione in Europa

Paesi EU	Assistenza territoriale	Assistenza ospedaliera	Paesi extra-EU	Assistenza territoriale	Assistenza ospedaliera
Bulgaria	18	18	Albania	14	14
Danimarca	0	16	Georgia	14	14
Estonia	–	18	Israele	18	18
Finlandia	16	16	Macedonia	18	18
Francia	6	18	Russia	18	18
Germania	18	18	Serbia	18	18
Grecia	20	14	Svizzera	–	16
Italia	14	18	Turchia	18	18
Lituania	18	18	Ucraina	18	18
Lussemburgo	14	14			
Olanda	–	16			
Norvegia	16	16			
Portogallo	–	18			
Regno Unito	16	16			
Rep. Ceca	19	19			
Romania	19	19			
Slovenia	19	18			
Spagna	14	14			
Svezia	19	19			
Ungheria	14	14			

**Prospettive in Pediatria**

*(Bertelloni et al, 2008)*



## Assistenza di Secondo Livello

---

In tutte le UU.OO. di Pediatria:

- Richiedere l'estensione del limite di ricovero per tutti i minori di 18 aa, in accordo con le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (2000) e del sistema DRG (tariffe specifiche per < minori 18 aa).
- Realizzare spazi specifici (ambulatori, DH, ricovero ordinario) per adolescenti (*orari, accessi, servizi, arredi, etc. dedicati*). Tali attività (*sezioni interne*) dovranno essere accreditate secondo parametri ben definiti e coordinate da un Pediatra certificato in medicina dell'adolescenza.
- Sviluppare un più stretto rapporto tra ospedale e territorio (PDF, MMG, servizi distrettuali e sociali, etc.), anche attraverso l'utilizzo di personale con maggiore flessibilità contrattuale (*"modello Burgio"*, sia in ospedale che in consultorio).



# **SIP: Proposta per l'Organizzazione dei Servizi di Cura Materno-infantili**

---

- Per favorire i collegamenti tra ospedale e territorio, i servizi sub- (o super-) specialistici dovrebbero operare anche nei poliambulatori distrettuali.
- Saranno i superspecialisti ospedalieri che si recheranno a svolgere l'attività di consulenza nelle strutture delle cure primarie.

*(G.R. Burgio et al., Riv. Ital. Pediatria 1978)*

## **Assistenza di Terzo Livello**

---

- ◆ Strutturare una rete nazionale di alta specialità – oggi del tutto carente – per patologie dell’adolescenza a elevata complessità (in base a indicatori epidemiologici).
- ◆ Tali strutture dovrebbero:
  - avere organici adeguati ai volumi di attività e collaborazioni a rete (sia a livello territoriale che ospedaliero);
  - ricevere un accreditamento nazionale/regionale;
  - essere dirette/coordinate da un pediatra con “riconosciuta e documentata” competenza in medicina dell’adolescenza;
  - assicurare programmi di transizione dai centri specialistici del bambino a quelli dell’adulto;
  - fare/coordinare ricerca e formazione.

## **Aggiornamento & Formazione**

---

Sviluppare percorsi che permettano:

- ◆ il raggiungimento di adeguate conoscenze teoriche (comprese modalità di prevenzione e trattamento) (*il sapere*), abilità tecniche e manuali (*il fare*), capacità comunicative e relazionali (*l'essere*) in campo adolescentologico;
- ◆ un approccio omogeneo (*anche dal punto di vista bioetico e medico-legale*) da parte di tutto il personale di assistenza;
- ◆ la certificazione di specifiche attività “professionalizzanti” in medicina dell’adolescenza (personale medico e paramedico), es.:
  - *Master universitari di I e II livello; Corsi ECM dedicati; Stage pratici, eventi FAD (Riv. Ital. Med. Adolescenza, corsi on-line).*

---

***Dal punto di vista medico, l'adolescenza (10-18 aa) è ambito di competenza della Pediatria***



## **SIP: Commissione Superspecialità Pediatriche**

- Nell'organizzazione dei servizi pediatrici, particolare attenzione deve essere riservata alla adolescentologia.
- *Essa è necessariamente interdisciplinare, deve essere collegata alla pediatria generale con un personale che abbia ampia competenza pediatrica e che conosca a fondo le caratteristiche mediche e psicologiche di questa età, che sappia inoltre comportarsi con "stile giovanile".*

G.R. Burgio, C. Vullo et al., 1978

# 65° CONGRESSO NAZIONALE SIP

## NUOVE FRONTIERE DELLA MODERNA PEDIATRIA



G.R. Burgio

S. Bernasconi

L. Perletti

A. Rubino

**CD SIMA**

N. Garofalo

M. De Simone

D. Lombardi

S. Chiavetta

G. De Luca

L. Ruggiero

**Past-President SIMA**

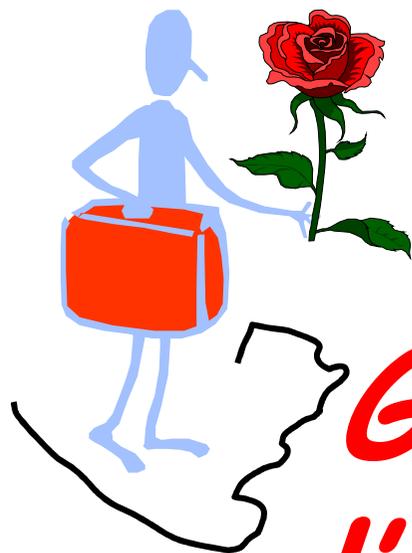
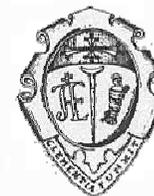
C. Vullo

T. De Toni

G. Saggese

V. De Sanctis

G. Raiola



***Grazie per  
l'attenzione***



Ospedale S. Chiara - AOUP - Pisa