

## Editoriali

### POLVERI SOTTILI E VENTI DI PRIMAVERA

Trieste, già città del sole e della bora, è chiusa al traffico da un bel po' di giorni perché il livello delle polveri sottili si tiene ostinatamente sopra la linea di guardia. Eppure non si può non percepire, oltre la coltre dello smog, l'arrivo di marzo, e poi quello di aprile, il fiorire dei ciliegi in Carso, l'alternanza felice delle stagioni. Ma quest'anno si percepisce, magari per sbaglio, qualcosa di più.

Forse qualcosa cambia; anzi certamente. Cambia il clima, cambiano i nomi dei partiti, cambiano le maschere con le quali Veltroni e Berlusconi ci si ripresentano; cambiano quasi, in meglio, i toni del dibattito politico-televisivo, nessuno vuole più Mastella per compagno, almeno a parole, c'è una ricerca, ma anche una evidenza di verità; se dei ghiacci che si sciolgono lontano nessuno si accorgeva, ma con le ecoballe che si accumulano in casa nostra il pericolo si vede in faccia; sale l'inflazione, salgono i prezzi, crolla il mercato della casa, i mutui fanno tremare, cresce il senso, anzi la consapevolezza della precarietà, e forse della necessità di un nuovo approccio, più serio, alla vita; i problemi si chiariscono, la chiusura nel particolare e il bisogno di solidarietà si confrontano a viso aperto. Di là dell'Atlantico rinasce il sogno americano, con la forza dell'illusione di Obama; il principino Harry che va a servire in Afghanistan; Fiorello, Chiambretti, Baudo che fanno flop, Buttho che muore, e Bencourt che sta male, il costo del lavoro che esplose in Cina, dove intanto si costruisce l'aeroporto più favoloso del mondo. In Iraq si muore di meno, in Israele di più; dovunque ragione, finanza, interessi, miseria, petrolio, passione politica, democrazia, giustizia e fondamentalismo si confrontano a viso quasi aperto.

La famiglia, il lavoro femminile e il lavoro minorile, i legami di vita, la vita prima della nascita, la spesa sanitaria, i vaccini, l'allattamento, gli alimenti solidi e le evidenze liquide, e anche gli alimenti come diritto alla vita, e il prezzo del latte, così come gli effetti dell'inquinamento o della povertà sullo sviluppo del bambino, come la dispersione e la maleducazione scolastica e non scolastica, e le disuguaglianze, e l'inadeguatezza della formazione universitaria e post-universitaria, e il bisogno di collaborazione piuttosto che di concorrenza, e Google piuttosto di You Tube, eccetera eccetera, rappresentano il versante pediatrico di tutto quel nuovo che affolla il Pianeta; e non possono restare, e non restano, fuori della porta della pediatria; e nel piccolo, fuori della porta di *Medico e Bambino*. Che è innanzi tutto una rivista di formazione professionale (considerando, comunque, che il miglioramento della professione passa oggi più che mai attraverso l'innovazione, attraverso la semplificazione e la riduzione dell'intervento), ma che sarebbe una Rivista morta se non fosse anche una cassa di risonanza di questo, stagionale e forse epocale, vento di primavera.

*Medico e Bambino* non può e non pensa di poter "guidare la pediatria", solo di offrire a ciascun pediatra un lieve sostegno per la ricerca di se stesso e del suo proprio significato. *Medico e Bambino* ha certamente bisogno continuo di rinnovarsi; e forse i lettori hanno bisogno di sentire che sono loro i primi a concorrere a questa fatica; e forse, anco-

ra, questo numero di primavera, con l'editoriale lombardo di Perletti, col Digest napoletano sulle disuguaglianze, con lo speciale sulla malnutrizione e sugli aiuti all'Africa, con le lettere sui lattini e gli alimenti solidi, col contributo di Oltre lo Specchio, lo può far sentir meglio, che è, appunto, proprio così.

M&B

### L'APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO PEDIATRICO IN ITALIA

L'ottimo articolo di M. Fontana, P. Federico e S. Santucci sul ricovero pediatrico in Lombardia (*Medico e Bambino* 2007; 28:520-26) e l'editoriale di Franco Panizon, come di consueto chiaro, brillante, ma anche decisamente spietato, costituiscono, ancora una volta per tutti noi, uno stimolo ad affrontare un problema critico che sta, da molti anni, coinvolgendo tutta la pediatria ospedaliera italiana. "Parliamone, produciamo altri numeri, liberiamo e ascoltiamo altre voci di verità". È certamente una sfida che non possiamo rifiutare.

Agli inizi degli anni 2000, il Gruppo di studio di pediatria ospedaliera (GSPO) della Società Italiana di Pediatria, in occasione del suo Congresso nazionale (Napoli, 27-30 gennaio 2000), dedicava la sua seduta inaugurale alla organizzazione pediatrica ospedaliera in Italia, sottolineandone le luci ma soprattutto le ombre. Come segretario nazionale del GSPO, riportavo in quella sede i primi dati sulla ospedalizzazione in età pediatrica nel nostro Paese e nelle varie regioni italiane, indicando inoltre i modelli organizzativi necessari a razionalizzare il ricovero in questa età della vita.

I tassi di ospedalizzazione (0-14 e 0-18 anni) erano impressionanti, rispettivamente il 124% e il 116% nell'anno 1998, valori più che doppi rispetto a Regno Unito e Spagna. I tassi di ricovero 0-14 anni, a questi ci riferiremo per facilitare i confronti, in regime di ricovero ordinario (esclusi i neonati fisiologici DRG 391), presentavano forti differenze interregionali, la Puglia aveva un tasso pari al 162%, il Friuli Venezia Giulia, al contrario, un virtuoso 74%.

Da allora, l'impegno della SIP e dello stesso Gruppo di studio di pediatria ospedaliera è stato continuo, sia nel segnalare le anomalie del sistema Italia, sia nell'indicare le strade che consentissero di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, l'organizzazione e la sicurezza degli ospedali, anche riconvertendo le troppo numerose e inadeguate strutture pediatriche, molte senza guardia attiva 24 ore su 24 e senza un Pronto soccorso pediatrico. Attualmente sono 490, una ogni 119.000 abitanti, contro uno standard minimo definito dal Progetto obiettivo materno-infantile di una ogni 200.000 abitanti, salvo situazioni orografiche disagiate.

Forse è proprio dal Progetto obiettivo materno-infantile che dobbiamo partire. È allegato al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000; è in gran parte inapplicato, ma mantiene ancora la sua validità. Da allora due strumenti legislativi a livello nazionale:

- Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, che dedica un capitolo alla "Salute del neonato, del bambino e dell'adole-

## Editoriali

scente", recepisce molte delle istanze della pediatria italiana, fotografa la situazione esistente e indica gli obiettivi strategici da raggiungere. Così si esprime: la rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora decisamente ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a 504 nell'anno 1999, mentre la presenza del pediatra dove nasce e si ricovera un bambino è garantita solo nel 50% degli ospedali, l'attività di Pronto soccorso pediatrico solo nel 30% degli ospedali. La guardia medico-ostetrica 24 ore su 24 nelle strutture dove avviene il parto è garantita solo nel 45% dei reparti. Inoltre, malgrado la forte diminuzione della natalità, il numero dei punti nascita è ancora molto elevato: 605 in strutture pubbliche o private accreditate; tra queste poco meno della metà ha meno di 500 parti all'anno, soprattutto nelle Regioni del Sud del Paese. L'organizzazione ospedaliera pediatrica, insieme alla mancanza di una continuità assistenziale sul territorio, ha determinato, nel 1999, un tasso di ospedalizzazione del 119‰, un valore significativamente più elevato rispetto a quello dei Paesi europei, quali ad esempio il Regno Unito (51‰) e la Spagna (60‰).

Fra gli obiettivi strategici del Piano:

- ridurre il tasso di ospedalizzazione del 10% per anno;
- elaborare linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi anche in ambito locale con particolare attenzione alle patologie che comportano il maggior numero di ricoveri in età pediatrica e alle patologie chirurgiche più a rischio di interventi inappropriati.

- Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, fra gli obiettivi prioritari di salute del Servizio Sanitario Nazionale, indica la "Salute nelle prime fasi della vita, infanzia e adolescenza". Fotografa una situazione con tassi di ricovero, in età pediatrica, ancora molto elevati, segnala che l'analisi delle prime 10 cause di ricovero ordinario per DRG pone in evidenza patologie ad elevato rischio di inappropriatazza. Fra gli obiettivi da raggiungere: ridurre i ricoveri inappropriati e riorganizzare i Servizi di emergenza-urgenza pediatrica. Alcuni problemi tecnici hanno reso difficile l'aggiornamento dei dati relativi alle SDO che giungono al Sistema informativo del Ministero della Salute, indispensabili per una corretta programmazione sanitaria. Siamo ancora fermi al 2003-2004, ma tra pochi mesi potremo finalmente disporre dei dati 2005.

Dobbiamo quindi per ora, per quanto si riferisce ai ricoveri ordinari, fare riferimento ai dati 2003, anno nel quale il tasso di ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario complessivamente, in Italia, è stato pari al 101‰, con forti differenze interregionali: il Friuli Venezia Giulia con il 55,5‰ ha raggiunto standard europei, al di sotto dell'80‰ anche PA di Trento, PA di Bolzano, Valle d'Aosta e Toscana. Valori superiori alla media nazionale in quasi tutte le regioni del Sud, con l'eccezione della Basilicata (90‰ nel 2003, ma probabilmente molto inferiore nel 2004). La riduzione percentuale del tasso di ospedalizzazione dal 1998 al 2003 è stata pari al 4,6% all'anno. Dati non ufficiali, relativi al 2004, sembrano indicare una sostanziale stabilità a livello nazionale.

Una analisi dei tassi di ospedalizzazione per day-hospital, nello stesso anno, dimostra che in Italia sono stati complessivamente ricoverati 45,4‰ bambini da 0 a 14 anni con

forti differenze interregionali. Le regioni meglio organizzate hanno tassi tra il 25 e il 30‰, mentre la Liguria, il Lazio e la Sicilia hanno rispettivamente il 75,7‰, il 94,7‰ e il 69,2‰. Forse, anche in questo settore, dobbiamo fare uno sforzo per razionalizzare il sistema, evitando il ricovero in day-hospital quando le prestazioni possono essere garantite ambulatoriamente, vicino alla residenza del paziente. Per le prestazioni più complesse, che richiedono un approccio multidisciplinare e l'osservazione del piccolo paziente, devono essere elaborati linee guida e percorsi diagnostici, in collaborazione con i pediatri di famiglia.

Per quanto si riferisce alla day-surgery, ormai è a livello internazionale accertato che il 50-60% degli interventi in età pediatrica può essere effettuato con tale procedura. Questo modello assistenziale e organizzativo, che consente di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o semi-invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno o con eventuale pernottamento, stenta ad affermarsi nel nostro Paese. Nel 2001 solo il 17% degli interventi in età pediatrica era praticato in day-surgery, nel 2003 siamo passati al 27%, con alcune regioni come la PA di Trento, il Veneto, la Toscana e l'Umbria che hanno ormai raggiunto e anche superato il 50%.

Come si vede, le difficoltà sono molte e difficili da superare, anche per le resistenze di molte regioni, soprattutto del Sud, a riconvertire le troppo numerose strutture ospedaliere. Chi, come il sottoscritto, ha effettuato le ispezioni, volute dal Ministero della Salute, quando i giornali denunciavano episodi di malasanità, ha potuto constatare *de visu* situazioni drammatiche, inaccettabili in un Paese civile, in un'Italia veramente a due velocità. Strutture obsolete e inadeguate, ma nel contempo inerzia, connivenza, difesa di piccoli interessi locali e personali, e ancora pressioni per mantenere e moltiplicare Unità operative di pediatria e negli ultimi anni anche di terapia intensiva neonatale.

È tutto inutile? Ci dobbiamo arrendere? Non credo. Già la Commissione Nazionale per i livelli essenziali e appropriati di assistenza ha individuato più di 100 DRG a rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario; quasi tutti i primi 10 DRG per frequenza di ricovero in area pediatrica sono finiti in questa lista. Alcune regioni del Sud hanno situazioni drammatiche, vanno certamente aiutate e supportate, sia dal punto di vista organizzativo che economico. Sono cominciati gli affiancamenti e non solo per colmare i pesanti deficit di bilancio. Le Società scientifiche e le Associazioni culturali di area pediatrica possono fare molto, favorendo anche nuovi modelli di assistenza a forte integrazione tra ospedale e territorio e tra operatori sanitari nell'area delle cure primarie (UTAP, UCP, Case della salute).

Gli esempi, che ci vengono da alcune regioni "virtuose", ci possono aiutare a lottare contro il muro di gomma costituito dalle troppo ampie autonomie regionali, che hanno di fatto impedito la realizzazione del Progetto obiettivo materno-infantile 1998-2000 e il raggiungimento degli obiettivi previsti dai successivi Piani Sanitari Nazionali nel settore materno-infantile.

**Lodovico Perletti**  
Commissione Nazionale  
per i livelli essenziali e appropriati di assistenza

### **"UN GRUPPO, UN INDICE": LA SORVEGLIANZA DELLA LETTERATURA PER IL PEDIATRA COME STRUMENTO DI FORMAZIONE CONTINUA**

In un editoriale di L. Ronfani e M. Gangemi, pubblicato sul numero di settembre 2005 della rivista (*Medico e Bambino* 2005;24:415-8), si auspicava che i tre gruppi locali ACP (Milano, Verona e Vicenza), in quel momento già impegnati in un percorso formativo di lettura critica della letteratura, potessero a breve partecipare attivamente alla produzione della *newsletter*, con la revisione sistematica degli indici di due riviste tra quelle recensite nel bollettino, identificandone e commentandone autonomamente gli studi ritenuti rilevanti per l'attività quotidiana del pediatra di famiglia.

Ebbene, da allora il "Digest" di *Medico e Bambino* ha pubblicato diversi contributi tratti dalla *Newsletter pediatrica* e frutto del lavoro di analisi, selezione sistematica e commento critico condotto dai pediatri che collaborano con la redazione del bollettino ACP/CSB.

La partecipazione attiva di tre gruppi locali ACP all'elaborazione e stesura della *Newsletter pediatrica*, iniziata a tutti gli effetti a gennaio 2006 ("un gruppo, un indice"), si sta delineando come una proposta di formazione continua interessante e praticabile localmente. Assicurare una sorveglianza attiva e costante della letteratura, con la selezione, la segnalazione e la valutazione di articoli rilevanti significa, per i pediatri coinvolti, partecipare a un percorso strutturato, metodologicamente corretto e, come tale, efficace per la propria formazione. Essere parte di "un gruppo, un indice" vuol dire impegnarsi a utilizzare correttamente i criteri di selezione degli articoli dall'indice di una rivista, in base a rilevanza culturale, qualità metodologica, importanza per la pratica professionale (l'attività di lettura attuale prevede una suddivisione concordata nei tre gruppi di lavoro degli indici di *Pediatrics*, *British Medical Journal*, *Lancet*, *Journal of Pediatrics*, *New England Journal of Medicine*, *Archive of Disease in Childhood*); vuol dire darsi da fare per eseguire correttamente l'analisi critica degli studi selezionati, con particolare riguardo al disegno dello studio e alla rilevanza clinica degli esiti; vuol dire riassumere, al termine di ogni sessione di lettura, le principali caratteristiche dello studio selezionato, indicando gli elementi che ne hanno giustificato la segnalazione e sottolineando cosa aggiunge, modifica o lascia "aperto" rispetto a quanto già conosciuto sull'argomento in oggetto; vuol dire redigere una sintesi, secondo una scheda precostituita concordata con la redazione della *newsletter*, in modo comprensibile, didattico e appropriato alla pubblicazione del contributo di lettura sul bollettino; vuol dire ricevere dalla redazione un commento di ritorno rispetto ai lavori selezionati e alle schede elaborate. Può anche succedere che, durante l'incontro di lettura, l'articolo individuato sia reputato poco interessante e quindi non meritevole di inserimento nella *newsletter*, oppure che la redazione decida comunque di non utilizzare momenta-

neamente la scheda: il percorso che ha portato alla sua scrittura resta comunque un lavoro altamente didattico per il gruppo di lavoro che la propone.

Partecipare a "un gruppo, un indice" offre ai pediatri che vi sono coinvolti (a Vicenza il gruppo di lavoro è costituito da pediatri di famiglia, a Milano e Verona sono presenti anche gli specializzandi; la componente universitaria e ospedaliera partecipa per ora al solo gruppo veronese) un'occasione preziosa di discussione, analisi e confronto di conoscenze ed esperienze personali inerenti alla propria pratica professionale. Rappresenta una possibilità formativa che responsabilizza il gruppo locale, ne valorizza le risorse (il "tutor" che guida il percorso di lettura e garantisce il supporto teorico è un pediatra che fa parte del gruppo stesso), ne misura motivazioni, capacità di programmazione e gestione dei tempi, costanza nel percorso intrapreso. È uno stimolo alla revisione e al cambiamento di prassi routinarie, e all'acquisizione di una maggiore consapevolezza nelle proprie decisioni cliniche.

È possibile attivarsi per realizzare nella propria realtà locale il percorso formativo propedeutico alla partecipazione alla "rete" di sorveglianza sistematica della letteratura. Nell'ambito del progetto formativo più ampio proprio dell'Associazione Culturale Pediatri, è stato predisposto in tal senso un pacchetto formativo ("La medicina basata sull'evidenza e la lettura di articoli di letteratura in gruppo come strumenti di formazione continua per il pediatra"), visibile nell'area formazione del sito [www.acp.it](http://www.acp.it), destinato a pediatri di famiglia, pediatri ospedalieri e specializzandi. Al termine del corso i partecipanti devono essere in grado di prendere parte attivamente a esperienze di *Journal Club* strutturato, propedeutico alla possibilità di contribuire successivamente anche alla elaborazione e stesura della *Newsletter pediatrica*.

È previsto inoltre l'ampliamento della sorveglianza anche al tema della pediatria dello sviluppo, in linea con le priorità di intervento individuate dall'ACP nel triennio in corso.

Dice Vittorio Demicheli (in Jefferson T. *Attenti alle bufale*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2005) che "in questo mondo globalizzato dalla comunicazione, e non solo, occorre mantenere elevata la propria capacità di valutare criticamente le informazioni: non farsi confondere dall'autorevolezza della fonte informativa ma incrociare le informazioni provenienti da fonti diverse, controllare la consistenza dei dati, giudicare la coerenza esterna e quella interna delle ricerche, controllare la qualità dei disegni di studio".

È il gruppo di pediatri, che cerca di analizzare i problemi e consultare correttamente le fonti bibliografiche e prova a operare una sintesi il più possibile pertinente ed equilibrata fra evidenze criticamente valutate e la propria esperienza clinica, che fa la differenza nell'approccio non sempre facile alle evidenze disponibili, e garantisce ricchezza e novità all'esperienza formativa del singolo pediatra partecipante.

**Federica Zanetto, Michele Gangemi, Fabrizio Fusco**