

# Appropriatezza dei ricoveri in Pediatria

## Studio prospettico multicentrico nell'anno 2003(\*)

Franca Parizzi\*, Nicola D'Andrea\*\*, Pierpaolo Mastroiacovo\*\*\*, Adele Fasulo°, Giorgio Meneghelli°, Monica Pieratteli°, Marina Col\*  
\*Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Milano-Bicocca; \*\* Ospedale Madonna delle Grazie, Matera; \*\*\* International Centre on Birth Defects, Roma; ° Pediatra di famiglia, Mestre (Ve); °° Pediatra di famiglia, Firenze

### Abstract

*Appropriateness of hospitalisation in paediatrics. A 2003 prospective multicenter study*

**Objective** The evaluation of appropriateness of hospitalisation and hospital stay in the Operative Paediatric Units in the year 2003. The comparison with a precedent study done in 1993.

**Materials and methods** A PRUO (Protocol for Hospital Use Revision), an adapted version of AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) has been adopted. An index day was chosen, the 15<sup>th</sup> of every month in 2003.

**Results** 23 Operative Paediatric Units participated in the study, all over the Italian regions, except for Tuscany, Umbria and Sicily. 631 days of hospitalisation were examined and 1935 hospital stay days for a total amount of 2566 days. Only 14% of children are hospitalised by their paediatrician. The great part of hospitalisations are spontaneous. 16% of hospital admissions and 20% of hospital stays are inappropriate. Among the reasons of such inappropriateness are the long waits for examinations or consultants (61% for hospitalisation and 53% for hospital stay) and therapies (13% for hospitalisation and 19% for hospital stay).

**Conclusions** 16% of hospitalisations are inappropriate. This is comparable with a previous study in 1993. 20% of hospital stay are inappropriate vs 37% of the previous 1993 study.

Quaderni acp 2006; 13(4): 141-145

**Key words** PRUO. Hospitalisation. Appropriateness

**Obiettivi** Lo studio si è proposto di valutare l'appropriatezza dell'ammissione e delle giornate di degenza nelle Unità Operative di Pediatria nell'anno 2003 e di confrontare i risultati con quelli di uno studio precedente effettuato nell'anno 1993.

**Materiali e metodi** È stato utilizzato il PRUO (Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale), adattamento italiano dell'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) degli Stati Uniti per esaminare l'appropriatezza delle ammissioni e delle singole giornate di degenza. Il rilevamento è stato fatto in una giornata indice (il 15) di ogni mese nell'anno 2003.

**Risultati** Allo studio hanno partecipato 23 Unità Operative di Pediatria, distribuite in tutte le regioni italiane, ad eccezione della Toscana, dell'Umbria e della Sicilia. Sono state esaminate complessivamente 631 giornate di ammissione e 1935 giornate di degenza, per un totale di 2566 giornate. Solo il 14% dei bambini viene inviato in ospedale dal pediatra di famiglia. La maggior parte degli accessi al Pronto Soccorso dell'ospedale avviene spontaneamente. Il 16% delle ammissioni e il 20% delle giornate di degenza sono risultati inappropriati. Tra i motivi di inapproprietezza del ricovero prevalgono quelli legati all'attesa dell'esecuzione o dell'esito di esami diagnostici o consulenze (61% per le ammissioni e 53% per le giornate di degenza), alla esecuzione di terapie (13% per le ammissioni e 19% per le giornate di degenza).

**Conclusioni** Il 16% delle ammissioni è risultato inappropriato. Questo risultato è sovrapponibile a quello dello studio precedente, effettuato nel 1993. È risultato inappropriato il 20% delle giornate di degenza, vs il 37% dello studio del 1993.

**Parole chiave** PRUO. Ricoveri ospedalieri. Appropriatezza

### Introduzione

I dati italiani di ospedalizzazione in età pediatrica mostrano valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo. Il tasso di ospedalizzazione pediatrica in Italia è stato nel 2001 pari a 103,6 per 1000 bambini, mentre il Regno Unito e la Spagna si attestano su valori del 50-60‰ e gli Stati Uniti su valori inferiori al 40‰ (1).

Tuttavia si osserva in Italia una tendenza a una riduzione: infatti nel 1998 il tasso di ospedalizzazione pediatrica in Italia era stato del 116‰.

Vi è inoltre una marcata differenza nei tassi di ospedalizzazione nelle differenti fasce di età (da 547‰ nel primo anno di vita a 71‰ nella fascia di età 15-17 anni) e nelle differenti regioni (da 161‰ in Liguria a 63‰ in Friuli Venezia Giulia) (1).

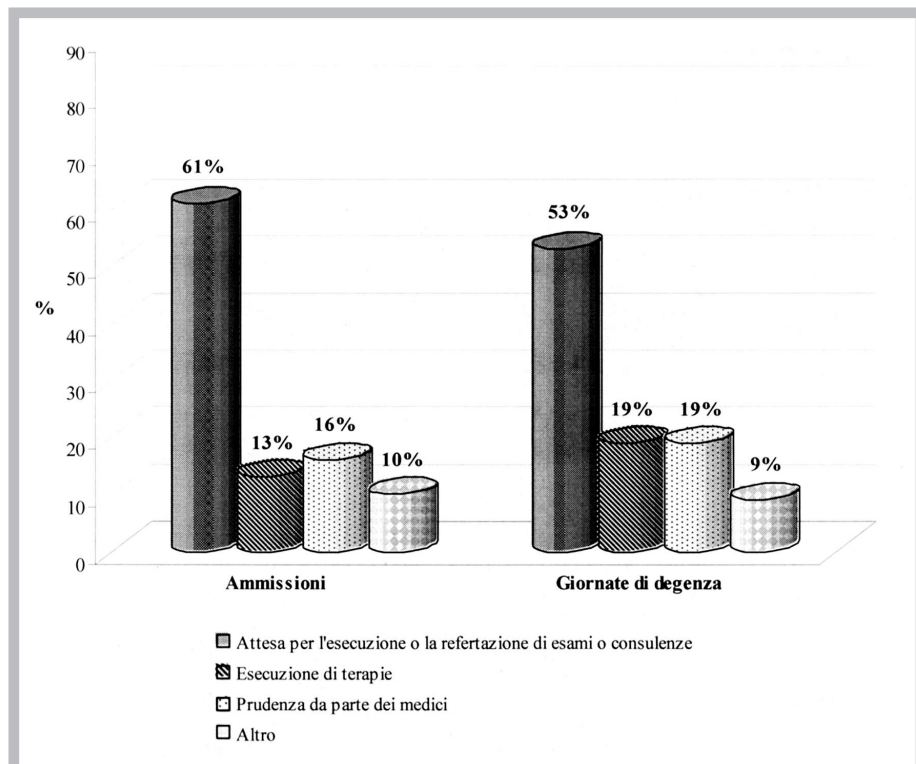
L'utilizzo appropriato del ricovero ospedaliero è stato dichiarato negli ultimi dieci anni uno degli obiettivi primari del Sistema Sanitario Nazionale. Il sistema di finanziamento degli ospedali basato sui DRGs (introdotto nel 1995) aveva come scopo principale la promozione dell'efficienza dei servizi ospedalieri e una distribuzione più equa delle risorse.

L'introduzione di tale sistema ha indotto di fatto una serie di effetti distorsivi nella sua applicazione, come il trasferimento di prestazioni verso livelli assistenziali più intensivi e remunerativi.

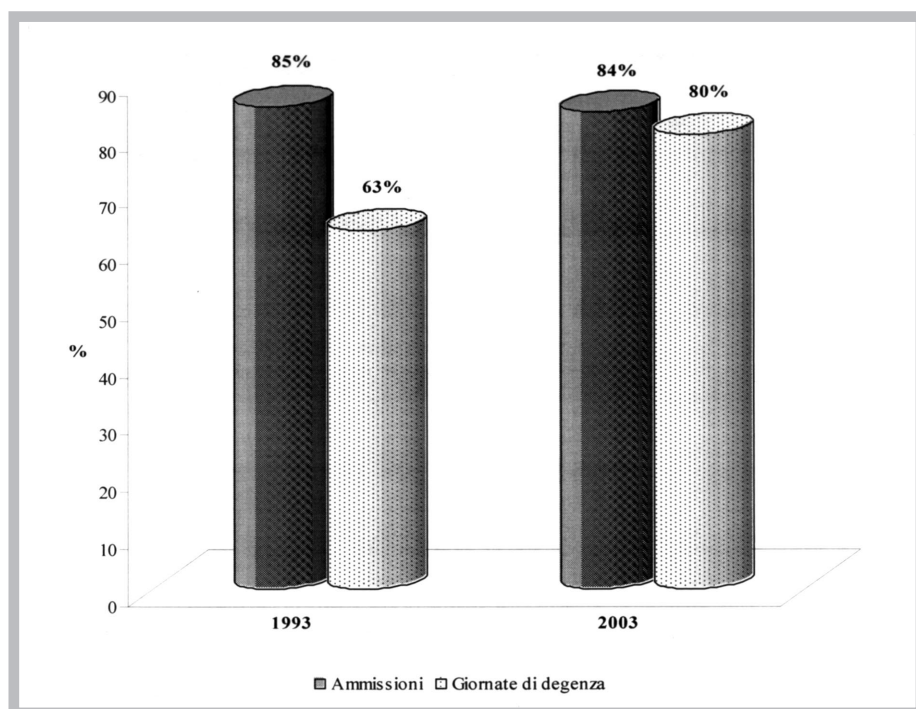
L'organizzazione capillare di un adeguato sistema di controlli e l'attivazione di servizi di day hospital e day surgery hanno condotto molte prestazioni prima erogate in regime di ricovero ordinario a un progressivo e tuttora incompleto trasferimento in regime di ricovero diurno o ambulatoriale. A questo proposito si veda l'articolo pubblicato su questa rivista nel 2003 (2).

Per corrispondenza:  
Franca Parizzi  
e-mail: francaregina@libero.it

**FIGURA 1: APPROPRIATEZZA DELLE AMMISSIONI E DELLE GIORNATE DI DEGENZA CONFRONTO TRA LO STUDIO DEL 2003 E LO STUDIO DEL 1993**



**FIGURA 2: MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA DELLE AMMISSIONI E DELLE GIORNATE DI DEGENZA (%) - 2003**



Il PRUO, Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale (disponibile su [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)), è un adattamento italiano dell'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) degli Stati Uniti, promosso dall'Istituto Mario Negri, e rappresenta uno strumento utile per la valutazione dell'uso appropriato dell'ospedale quale struttura per acuti. Esso si basa su una serie di criteri espliciti diagnosi-indipendenti che consentono di giudicare come appropriate o inappropriate l'ammissione in ospedale e le singole giornate di degenza sulla base delle condizioni cliniche del paziente e all'intensità delle prestazioni assistenziali (3).

Per considerare appropriata l'ammissione o una giornata di degenza è sufficiente che almeno uno dei criteri espliciti sia soddisfatto. Il PRUO consente, inoltre, di individuare i motivi di ammissione o degenza inappropriata, riconducibili nella quasi totalità a problemi organizzativi; ciò al fine di individuare eventuali interventi correttivi a livello intra- o extra-ospedaliero.

Uno studio nazionale condotto nel 1993 aveva utilizzato il PRUO per esaminare l'appropriatezza delle ammissioni e delle singole giornate di degenza durante un intero mese di valutazione in 13 Reparti Pediatrici (4). Da allora, a distanza di dieci anni, è utile chiedersi se l'introduzione dei DRGs e l'attivazione di un sistema di controllo da parte di molte ASL abbiano modificato la situazione della appropriatezza dei ricoveri. Obiettivo primario di questo studio nazionale è di verificare l'uso appropriato del ricovero ospedaliero in Pediatria, in rapporto al precedente studio; secondariamente valutare gli attuali motivi di inappropriata del ricovero.

### Materiali e metodi

- ▶ L'iscrizione allo studio è stata promossa attraverso il sito web dell'ACP ([www.acp.it](http://www.acp.it)).
- ▶ Le UO di Pediatria che hanno aderito alla ricerca avevano accesso sia al manuale esplicativo sia alla scheda di raccolta dati tramite un codice identificativo e una password (differenziata

per l'ammissione e per la giornata di degenza).

- ▶ La rilevazione è stata condotta da un medico referente indicato per ciascuna UO, che inseriva online i dati richiesti che si riferivano a una giornata indice (il giorno 15) di ogni mese a partire da gennaio fino a dicembre 2003.
- ▶ Venivano inclusi nella raccolta dati tutti i bambini degenti nel giorno indice nelle UO partecipanti senza tenere conto della diagnosi. Le schede di raccolta dati erano differenziate per il giorno di ammissione e per la giornata di degenza.
- ▶ L'elaborazione dei dati, effettuata mediante software Excel, ha valutato esclusivamente le frequenze percentuali dei singoli items.

## Risultati

Hanno partecipato allo studio 23 Unità Operative di Pediatria, distribuite in tutte le regioni italiane, fatta eccezione della Toscana, dell'Umbria e della Sicilia (8). Sono state analizzate complessivamente 631 giornate di ammissione e 1935 giornate di degenza, per un totale di 2566 giornate. Esse sono state consumate da una popolazione di bambini che per il 51% sono piccoli e sono nati dal 2000 al 2003, anno di svolgimento della ricerca. Il ricovero è stato effettuato direttamente dal Pronto Soccorso (38%) o dal consulente pediatra del medesimo (22%) o da un altro specialista attivato dal Pronto Soccorso (18%). Nel 12% dei casi è il pediatra di famiglia a disporre il ricovero. È risultato appropriato l'84% delle ammissioni (*figura 1*).

Le giornate di degenza sono risultate appropriate nell'80% dei casi contro il 63% dello studio del 1993. Le giornate di dimissione (l'11% delle quali avvenuto nel giorno stesso dell'ammissione) sono risultate globalmente appropriate nel 77% dei casi. La giornata di dimissione è appropriata nel 90% dei casi quando essa coincide con la giornata di ammissione. Fra i criteri di appropriatezza si segnala:

- ▶ il 35% per le ammissioni e il 21% per le giornate di degenza sono legati alle condizioni cliniche dei pazienti;

- ▶ il 65% per le ammissioni e il 79% per le giornate di degenza sono legati alla necessità di prestazioni assistenziali medico-infermieristiche.

Tra i motivi di inapproprietezza del ricovero prevalgono nettamente quelli legati all'attesa dell'esecuzione o dell'esito di esami diagnostici o consulenze (61% per le ammissioni e 53% per le giornate di degenza), seguiti da un atteggiamento "cautelativo" da parte dei medici (16% per le ammissioni e 19% per le giornate di degenza), e dall'esecuzione di terapie (13% per le ammissioni e 19% per le giornate di degenza) (*figura 2*).

L'atteggiamento "cautelativo" da parte dei medici ospedalieri è legato essenzialmente alla scarsa o assente collaborazione con il pediatra di famiglia al fine di consentire una "dimissione protetta".

## Discussione

I risultati dello studio confermano un dato già noto: la grandissima parte degli accessi alle UO di Pediatria proviene direttamente dal PS dell'ospedale. Soltanto il 12% dei bambini è inviato dal pediatra di famiglia.

Il 16% delle ammissioni avviene per condizioni cliniche che non rientrano nei criteri che definiscono appropriata l'ammissione; per una maggiore comprensione del fenomeno si suggerisce al lettore di prendere visione della scheda del PRUO pediatrico (*tabella 1*).

Questo risultato è sovrapponibile a quello dello studio del 1993 e sembrerebbe pertanto un dato che, nella situazione attuale, risulta incompressibile.

Il 20% delle giornate di degenza è risultato inappropriato. Nel precedente studio tale valore era del 37%. Questo dimostrerebbe un discreto miglioramento nella gestione del ricovero, una volta che questo sia avvenuto. I dati a disposizione non consentono per le dimensioni dei sottocampioni di fare un confronto tra i diversi centri partecipanti allo studio.

Vanno tuttavia sottolineati alcuni limiti dello studio relativamente al confronto fra le due indagini:

- ▶ le Unità Operative partecipanti (13 nel 1993 e 23 nel 2003) non sono le stesse nei due studi;

- ▶ lo studio attuale si è svolto in una giornata indice di ogni mese del 2003, mentre il precedente studio del 1993 aveva esaminato tutti i bambini degenti durante un intero mese;

- ▶ in entrambi gli studi il medico rilevatore era un medico dell'Unità Operativa e non un rilevatore "esterno", che garantirebbe una maggiore obiettività nella raccolta dati;

- ▶ infine il campione di Unità Operative analizzato non può essere ritenuto sufficientemente rappresentativo della realtà nazionale, in quanto l'adesione allo studio è stata volontaria, e questo ha indotto una selezione che potrebbe avere prodotto un campione diverso (migliore?) della realtà nazionale. In effetti un recente studio italiano svoltosi a Catanzaro ha valutato mediante il PAEP (Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol) 656 ricoveri pediatrici ed è giunto alla conclusione che il 30% delle ammissioni e il 55,5% delle giornate di degenza sono inappropriati (5). I risultati di studi effettuati in altri Paesi (6-8), anche se non proprio recenti, sono più vicini ai risultati del nostro studio (*figura 3*).

Le possibilità e le modalità con cui tentare una riduzione del fenomeno dell'inappropriatezza vanno al di là delle intenzioni di questo studio. Ai pediatri di famiglia viene suggerito un incremento delle forme associative di Pediatria di gruppo con una estensione dell'orario di ambulatorio del pediatra di famiglia e la possibilità di esecuzione ambulatoriale di test di diagnostica rapida.

Sul versante degli ospedali viene suggerita l'istituzione nei reparti di Pediatria di una sezione per l'osservazione temporanea. Con questo suggerimento si accorderebbe il dato che il 90% delle giornate di dimissione è appropriato quando ammissione e dimissione avvengono nello stesso giorno.

Ma sempre sul versante ospedaliero è in campo una tendenza al ricovero inappropriato per gli effetti benefici che i DRG producono sui bilanci delle ASL e delle AO, nonostante gli accordi sulle liste di DRG a rischio di inappropriatezza.

**TABELLA 1: PROTOCOLLO PER LA REVISIONE DELL'USO DELL'OSPEDALE****CRITERI DI AMMISSIONE APPROPRIATA: CONDIZIONI DEL PAZIENTE**

Frequenza cardiaca a riposo al di fuori del range di normalità per l'età:  $6m - 2a < 70/\text{min} > 190/\text{min}$ ;  $2a-6a < 60/\text{min} > 160/\text{min}$ ;  $> 6a < 50/\text{min} > 140/\text{min}$ .

Ipotensione o ipertensione arteriosa in rapporto al range di normalità per l'età: PA sistolica  $< 1 \text{ mese} > 60/95 < 60 \text{ mmHg}$ ;  $> 1m < 5a > 110/70 < 70 \text{ mmHg}$ ;  $> 5a > 120/75 < 70 \text{ mmHg}$ .

Frequenza respiratoria  $\geq 50$  in bambini  $\leq 12$  mesi,  $> 40$  in bambini  $> 12$  mesi.  $T^\circ$  rettale  $\geq 38^\circ\text{C}$  in bambini  $\leq 12$  mesi;  $T^\circ$  rettale o ascellare  $> 38^\circ\text{C}$  da almeno 3 giorni in bambini  $> 12$  mesi.

Emorragia in atto o nelle 48 ore precedenti il ricovero clinicamente rilevante, cioè tale da richiedere: trasfusione di sangue o emoderivati entro 24 ore, almeno 2 controlli dell'emocromo entro 24 ore, monitoraggio della PA e della FC almeno 3 volte nelle 24 ore, procedure per interrompere l'emorragia diverse da tamponamento nasale o sutura superficiale.

Squilibrio idro-elettrolitico, acido-base, dei gas respiratori, metabolico clinicamente rilevante, cioè tale da richiedere almeno 3 controlli nelle 24 ore, con valori al di fuori del range di normalità per l'età.

Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi, in atto o della durata di almeno 15 min, insorti non oltre 24 ore prima del ricovero, inclusi disturbi di coscienza, stati confusionali, convulsioni febbrili ed escluse le lipotimie.

Improvviso calo della vista o dell'udito, insorto entro le 48 ore precedenti il ricovero.

Improvvisa perdita della capacità di muovere un braccio o altra parte del corpo, insorta entro le 48 ore precedenti il ricovero.

Alterazione della nutrizione per vomito ripetuto o incoercibile oppure diarrea clinicamente rilevante in bambino di età  $< 12$  mesi associati a significativo calo ponderale ( $\geq 10\%$  del peso corporeo) o presenza evidente di sangue nelle feci in lattante  $< 3$  mesi, associata a calo ponderale anche  $< 10\%$  del peso corporeo.

Problemi ematologici acuti: anemia clinicamente rilevante ( $Htc \leq 30\%$  oppure  $Hb \leq 7 \text{ g/dl}$ ); neutropenia ( $\leq 1000$  neutrofili/mmc;  $\leq 500$  neutrofili/mmc in bambini affetti da patologia nota o sottoposti a terapie che comportano neutropenia); piastrinopenia ( $\leq 20.000/\text{mmc}$ ); comparsa di porpora o emorragia delle mucose.

Problemi pediatrici speciali quali: patologia traumatica con implicazioni medico-legali o segni sospetti di sofferenza neurologica; sospetto clinico di maltrattamento o abuso; sospetta ingestione di farmaci o veleni o inalazione di gas tossici, tali da richiedere monitoraggio o messa in atto di procedure terapeutiche o profilattiche specifiche di maltrattamento o abuso; mancata compliance a un regime terapeutico necessario.

**CRITERI DI AMMISSIONE APPROPRIATA: PRESTAZIONI NECESSARIE NELLE 24 ORE SUCCESSIVE**

Controllo medico almeno 2 volte nelle 24 ore successive.

Controllo o prestazioni infermieristiche più di 3 volte nelle 24 ore successive, escludendo il giro di controllo di routine della corsia ad ogni cambio di turno infermieristico, la rilevazione di routine della temperatura corporea e la somministrazione di terapie per os, im o sc.

Assistenza o terapia respiratoria intermittente o continua, includendo qualsiasi modalità di somministrazione di ossigeno, accompagnata da monitoraggio della  $\text{SaO}_2$ .

Monitoraggio dei parametri vitali almeno 3 volte nelle 24 ore successive.

Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o utilizzo della sala operatoria il giorno stesso o il successivo.

Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare entro le 24 ore successive.

Somministrazione di farmaci o fluidi ev almeno 2 volte nelle 24 ore successive.

**MOTIVI DI AMMISSIONE INAPPROPRIATA**

Procedure in sala operatoria effettuabili in regime di non ricovero.

Attesa dell'esecuzione di procedure invasive mediche o chirurgiche.

Esecuzione esami diagnostici, consulenze, trattamento terapeutico.

Problemi logistici; tempi lunghi non degenzi.

Atteggiamento cautelativo.

Necessità di assistenza infermieristica domiciliare; livelli assistenziali inferiori.

Provenienza extra-regionale; situazione familiare, sociale o ambientale critica. Esami o consulenze (specificare).

**CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATA: PRESTAZIONI MEDICHE**

Procedura invasiva lo stesso giorno o prevista entro il giorno successivo che richieda consulti o valutazioni preliminari

Controllo dietetico rigoroso per esecuzione di test di funzionalità metabolica, preparazione a interventi chirurgici, rialimentazione post-operatoria, aggiustamento dell'apporto calorico, dieta di esclusione/inclusione sequenziale di costituenti alimentari per valutazione di intolleranze alimentari, monitoraggio del bilancio in/out, raccolta di campioni biologici per almeno 8 ore lo stesso giorno.

Controlli medici almeno 3 volte nella giornata.

Primo giorno post-operatorio.

Monitoraggio di terapie che richiedono frequenti aggiustamenti delle dosi o verifiche di efficacia o effetti collaterali almeno ogni 24 ore.

**CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATA: PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE O DI SUPPORTO VITALE**

Assistenza respiratoria continua o intermittente, inclusa qualsiasi modalità di somministrazione di ossigeno accompagnata da monitoraggio della  $\text{SaO}_2$ .

Somministrazione di fluidi o farmaci ev.

Monitoraggio dei parametri vitali almeno 4 volte al giorno.

Valutazione del bilancio in/out con registrazioni a intervalli inferiori alle 12 ore.

Medicazione di ferite chirurgiche, gestione di drenaggi.

Controlli infermieristici almeno 4 volte al giorno.

**CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATA: CONDIZIONI DEL PAZIENTE**

Emorragia significativa, cioè tale da richiedere: trasfusione di sangue o emoderivati entro le 24 ore, almeno 2 controlli dell'emocromo entro le 24 ore, monitoraggio della PA e della FC almeno 3 volte nelle 24 ore.

Febbre (temperatura ascellare o rettale  $\geq 38^\circ\text{C}$ ) insorta ex novo lo stesso giorno o nelle ultime 48 ore.

Problemi neurologici acuti o rapidamente progressivi lo stesso giorno o nelle ultime 48 ore, inclusi disturbi di coscienza, stati confusionali, convulsioni febbrili ed escluse le lipotimie.

Ileo, mancata canalizzazione.

Problemi ematologici acuti: anemia clinicamente rilevante ( $Htc \leq 30\%$  oppure  $Hb \leq 7 \text{ g/dl}$ ); neutropenia ( $\leq 1000$  neutrofili/mmc;  $\leq 500$  neutrofili/mmc in bambini affetti da patologia nota o sottoposti a terapie che comportano neutropenia); piastrinopenia ( $\leq 20.000/\text{mmc}$ ); comparsa di porpora o emorragia delle mucose.

**MOTIVI DI DEGENZA INAPPROPRIATA**

Paziente in attesa di procedura invasiva.

Sala operatoria non disponibile per sopraggiunta emergenza o per motivi tecnici o organizzativi.

Sono in corso accertamenti pre-operatori (che potevano essere eseguiti in regime di non ricovero).

Procedura in sala operatoria effettuabile in regime di non ricovero.

Attesa o non disponibilità della terapia intensiva.

Attesa esecuzione o refertazione esami o consulenze.

Attesa o non disponibilità del Day Hospital.

Esecuzione di trattamento terapeutico.

Attesa di trasferimento in altro ospedale o in altra struttura per non acuti; attesa di disposizione del Tribunale dei Minori.

Assistenza infermieristica domiciliare non disponibile.

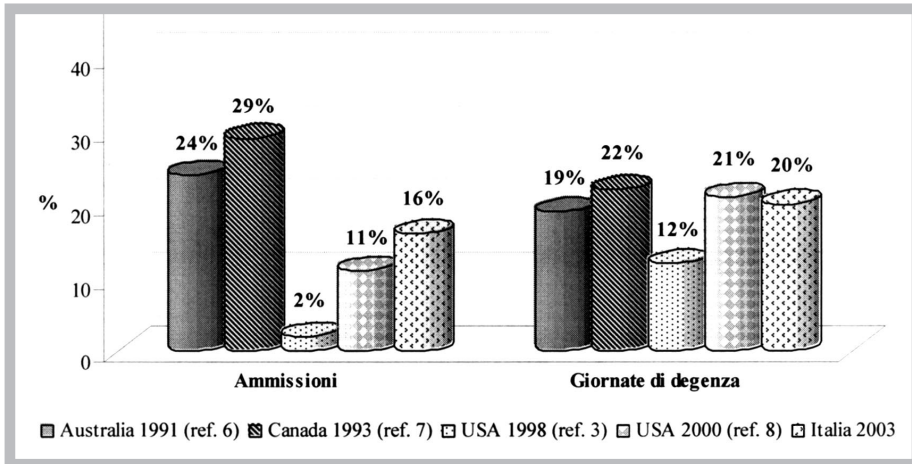
La famiglia richiede di protrarre il ricovero; provenienza extra-regionale o decentrata.

Problemi medico-legali; problemi sociali, ambientali, economici.

Atteggiamento cautelativo da parte del medico; non valutazione dopo consulenza referente.

Esami o consulenze (specificare)

**FIGURA 3: APPROPRIATEZZA DELLE AMMISSIONI E DELLE GIORNATE DI DEGENZA. CONFRONTO DEI RISULTATI CON QUELLI DI ALTRI PAESI**



Sembra ragionevole pensare che la soluzione a questo problema non potrà venire che da sperimentazioni messe in campo nei vari ambiti regionali. ♦

Per lo studio nessuno degli Autori ha un conflitto di interesse; la ricerca è stata svolta senza utilizzare alcun finanziamento esterno impiegando risorse interne ai servizi sanitari.

#### Bibliografia

- (1) Ministero della Salute. Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia dal neonato all'adolescente: <http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/2006/documento.pdf>.
- (2) Siani P. Il ricovero ospedaliero: dati ISTAT. Quaderni acp 2003;vol X n. 3:31.
- (3) Kemper KJ. Medically inappropriate hospital use in a pediatric population N Engl J Med 1988; 16:1033-7.
- (4) Parizzi F, Bonora G, Grazioli R, et al. Uso appropriato dei ricoveri pediatrici. Uno studio policentrico in 13 Pediatrie italiane. Quaderni acp, 1996;3:10-2.
- (5) Bianco A, Pileggi C, Trani F, Angelillo IF. Appropriateness of admissions and days of stay in pediatric wards of Italy. Pediatrics 2003;112:124-8.
- (6) Formby DJ, McMullin ND, Danagher K, Oldham DRA. The Appropriateness Evaluation Protocol: application in an Australian children's hospital. Aust Clin Rev 1991;11:123-31.
- (7) Smith HE, Sheps S, Matheson DS. Assessing the utilization of in-patient facilities in a Canadian pediatric hospital. Pediatrics 1993;92:587-93.
- (8) McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000;53:157-84.

#### \* Hanno partecipato allo studio:

Giuseppe Masera, Franca Parizzi, Marina Col - Clinica Pediatrica Università di Milano-Bicocca - Osp. "S. Gerardo", Monza (MI); Giuseppe Segni, Emanuele Ausili - Policlinico "A. Gemelli", Roma;

A. Saviano, Paolo Siani - Ospedale "A. Cardarelli", Napoli; Raffaele Cera, Grazia Villani - Ospedale "T. Masselli Mascia", San Severo (FG); Giovanni Giaretto, Nicoletta Cimadamore - ASL 9, Ivrea (TO); G. Grazia, Gianna Patrucco - Ospedale Civile "E. Agnelli", Pinerolo (TO); Arturo Romondia - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Foggia; Valerio Flacco, Loredana Sichetti - Ospedale "Renzetti", Lanciano (CH); Nicola D'Andrea - Ospedale "Madonna delle Grazie", Matera; Alberto Della Peruta, Antonio Lepore - Ospedale "Ss. Giuseppe e Melorio", S. Maria Capua Vetere (CE); Bruno Sacher, Carmela Tringali - Pediatria Nido - Ospedale di rete, San Daniele del Friuli (UD); Gilberto Bonora, Paolo Adamoli - Ospedale Civile, Sondrio; C. Beluschi, M. Ivaldi - Ospedale di Lavagna (GE); Salvatore Russo, Giuseppe Diaco - Ospedale "N. Giannattasio", Rossano (CS); Ornella Soligno, Luciana Santangelo - Ospedale "San Francesco", Venosa (PZ); Luigi Cattarossi - Ospedale di Tolmezzo (UD); Luigi Esposito, Giovanni Pietroforte - Ospedale "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA); Giovanni Zanda, Anna Maria Ortu - Ospedale "San Martino", Oristano; Andrea Guala - Ospedale "Ss. Pietro e Paolo", Borgosesia (VC); Silvano Santucci, Luciana Parola - Ospedale "G. Fornaroli", Magenta (MI); Ettore Provangano, Giuseppe Tuccio - Ospedale Civile, Soverato (CZ); Manila Candusso - Azienda Ospedaliera di Cosenza; Francesco Milillo - Ospedale di Corigliano Calabro (CS); G. Cavagli, Battista Guidi - Ospedale Civile, Pavullo nel Frignano (MO); Francesco Paravati - Ospedale Civile, S. Giovanni in Fiore (CS); Luigi Nespoli, Silvia Salvatore - Ospedale "Filippo del Ponte", Varese; Libero Zannino, Anna Desana - ASL 19, Asti; Domenico Panico, Riccardo Borea - Ospedale di San Remo (IM); MV Schiavo - Azienda Ospedaliera Ospedale "San Carlo", Potenza; B Malamisura, Mauro Budetta - Ospedale di Cava de' Tirreni (SA); Roberto Giorgetti, Maria Paola Cattaneo - Ospedale di Busto Arsizio (VA); Nicola Russo Rauchi, Roberto Liguori - Ospedale di Marcanise (CE); Saverio Chiarappa - Ospedale di Putignano (BA); Gianni Piras, segreteria ACP per la raccolta dati.

Regione Piemonte

## NATI PER LEGGERE: CULTURA E SALUTE DELLA PRIMA INFANZIA

Torino - Corso Stati Uniti, 23  
Centro Incontri della Regione Piemonte

Sabato, 7 ottobre 2006

ore 9.30: Saluto delle autorità

*Acquisizioni sull'efficacia dell'avvio precoce alla lettura nei bambini da 0 a 3 anni*

(Giancarlo Biasini. Pediatra, Centro per la Salute del Bambino, Trieste)

*Sette buoni motivi per leggere e raccontare storie ai bambini*

(Paolo Roccato. Psicoanalista, Torino. Società Psicoanalitica Italiana)

*Il progetto in Italia. Analisi e dati sulle esperienze condotte dal 1999 a oggi*

(Fabio Bazzoli. Bibliotecario, Chiari (BS) Coordinamento Nazionale di Npl)

*L'esperienza catalana*

(Meritxell Trullas. Responsabile del progetto catalano per la lettura ad alta voce)

ore 13.00: **Conclusione della sessione mattutina e buffet**

ore 14.30: *Perché i pediatri dovrebbero aderire al progetto*

(Giorgio Tamburlini. Direttore scientifico dell'IRCCS Burlo Garofolo, Trieste)

*L'esperienza della città di Chieri*

(Roberto Massimello. Pediatra di famiglia, Chieri (TO))

*Le attività della neonatologia per "Npl" nell'ambito dei programmi regionali*

(Mario Frigerio, Pediatra. Antonella Padalino, Ostetrica, Torino)

*Report di una ricerca sulla valutazione dello sviluppo linguistico dopo l'effettuazione della lettura ad alta voce nei primi tre anni di vita*

(Camilla Montini. Pediatra di famiglia, Treviso)

*Un libro in dono a un bambino: il progetto realizzato per Torino capitale mondiale del libro con Roma*  
(Rita Valentino Merletti. Studiosa di letteratura per l'infanzia. Consulente della Regione Piemonte per il progetto Npl)

**L'iscrizione al Convegno è gratuita, con attestato di partecipazione. Per iscriversi: inviare nominativo, qualifica, indirizzo ed eventuale ente di appartenenza entro il 15.09.2006 all'indirizzo di posta elettronica: natiperleggere@regione.piemonte.it.**

**È in corso l'accreditamento ECM per i medici del Servizio Sanitario Regionale del Piemonte. I crediti verranno assegnati ai primi 150 iscritti che invieranno, via e-mail, la scheda di iscrizione al Centro Formazione Aziendale ASL 4, Torino, entro il 15.09.2006. E-mail: Formazione.Aziendale@aslto4.it**

Il progetto Npl è promosso in Italia dall'ACP, dall'AIB e dal CSB di Trieste. In Piemonte è sostenuto dagli Assessorati regionali alla Cultura e alla Sanità, dalla Fondazione per il Libro, la Musica, e dalla Compagnia di San Paolo

**Responsabile del corso è il dr. Aldo Ravaglia**