



Sezione Calabria



Sezione Calabria



Segreteria Regionale Calabria

Coordinamento Direttori Unità Operative Complesse di Pediatria
della Regione Calabria

Linee di indirizzo per il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa dell'Assistenza Pediatrica Ospedaliera nella Regione Calabria

INTRODUZIONE	3
1. FINALITA' ED OBIETTIVI	5
2. LA MIGRAZIONE SANITARIA	6
3. L'AREA PEDIATRICA OSPEDALIERA	7
4. IL SISTEMA URGENZA-EMERGENZA	11
5. RETE REGIONALE DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA PEDIATRICA	12
6. LA RETE REGIONALE UNITÀ OPERATIVE/SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	14
7. LA RETE DIABETOLOGICA	15
8. LA RETE DELLE SPECIALITÀ PEDIATRICHE	16
9. L'ASSISTENZA NEONATALE	17
10. L'ASSISTENZA TERRITORIALE	19
11. CONTRASTO ALLA MIGRAZIONE SANITARIA	20
12. IL GOVERNO DELLA RETE REGIONALE PEDIATRICA	20
13. ALLEGATO A	21

1) INTRODUZIONE

I profondi cambiamenti a cui sono andati incontro negli ultimi decenni la società e la medicina ed il continuo susseguirsi di innovazioni tecnologiche, diagnostiche e terapeutiche, impongono oggi un permanente processo di aggiornamento e revisione delle politiche sanitarie. Anche il contesto in cui si articola oggi l'assistenza pediatrica si è profondamente modificato.

È cambiato il quadro demografico generale, il basso tasso di fecondità e la maggiore longevità hanno infatti modificato profondamente la piramide demografica della popolazione.

Sono cambiati i rapporti e le aspettative della popolazione nei confronti del pediatra e del suo ruolo. Le relazioni tra il medico, il paziente e la sua famiglia appaiono oggi caratterizzate da un'eccessiva medicalizzazione del bambino e dei suoi bisogni, non solo sanitari, da una crescente conflittualità dei genitori nei confronti dei professionisti e delle strutture sanitarie e dal dominio della medicina difensiva.

È cambiato il quadro epidemiologico di riferimento. I progressi della pediatria hanno infatti trasformato malattie acutamente mortali in malattie croniche che necessitano di una assistenza sempre più complessa a cui purtroppo il nostro Sistema Sanitario Nazionale, ancora oggi organizzato per fare fronte alle malattie acute e semplici, stenta a dare risposte adeguate.

Anche nella Regione Calabria, nonostante gli sforzi compiuti dagli operatori del settore che negli anni hanno contribuito in maniera determinante al miglioramento sia qualitativo che quantitativo delle prestazioni erogate, l'assistenza pediatrica ospedaliera presenta ancora oggi obiettivi critici ed evidenti limiti, specie in alcuni settori specifici, legati soprattutto all'assoluta mancanza di un piano strategico regionale rivolto alla riorganizzazione dell'intera rete assistenziale e capace di garantire risposte adeguate alle nuove esigenze di salute della popolazione pediatrica regionale.

Fino ad oggi, infatti, le politiche sanitarie regionali non hanno mai preso in considerazione il fatto che pur avendo dimensioni ridotte rispetto al quadro complessivo dell'assistenza sanitaria, l'assistenza pediatrica riveste un'importanza strategica fondamentale considerato che ogni efficace intervento realizzato in questo settore può tradursi in un importante miglioramento della salute complessiva non solo dei minori di oggi ma anche degli adulti di domani.

Da tutto questo deriva quindi l'esigenza, non più trascurabile né differibile, di una radicale ristrutturazione dell'assistenza pediatrica ospedaliera nella nostra regione costruita su standard strutturali, tecnologici ed organizzativi efficaci ed efficienti, capaci di dare risposte concrete agli attuali bisogni di salute dei bambini mettendo a disposizione cure adeguate soprattutto per quelle malattie che oggi necessitano di una assistenza sempre più articolata e multidisciplinare.

Il presente documento intende pertanto fornire le linee di indirizzo per questo indispensabile processo di riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera pediatrica tenendo anche conto di quanto già disposto dai provvedimenti legislativi regionali.

Popolazione residente al 1° Gennaio 2013 in Calabria età 0-17 anni: 336097 (Istat 2013)

	Popolazione residente 0-17 anni
Cosenza	115.386
Crotone	33.132
Catanzaro	60.270
Vibo valentia	28.935
Reggio Calabria	98.374
Totale Regione	336.097

Natalità regione Calabria (Istat anno 2012)

Anno	Regione	Nati
2012	Calabria	17030

Tasso di ospedalizzazione (/1000 abitanti) in regime ordinario per dimessi in età pediatrica (0-17 anni) nella Regione Calabria (SDO anno 2011)

Fascia d'età (anni)	<1	1-4	5-14	15-17	0-14	0-17
Calabria	454,9	89,6	45,7	49,4	62,3	76,1
Italia	453,5	74,3	39,5	44,9	75,9	70,7

Riferimenti Legislativi:

- DPGR n.18 del 22.10.2010 -Approvazione delle tre reti assistenziali. G.01 Ospedaliera; G.04 Emergenza-Urgenza; G.02 Territoriale
- DPGR n. 106 del 20 Ottobre 2011: Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie e post acuzie pubblici e privati. Obiettivi: G.OI S.01. - G.OI S.02.
- DPGR n.136 del 28.11.2011 -Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio; Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini.Obiettivo:G.01 S.01.
- Regolamenti e manuali per l'accreditamento del sistema sanitario regionale - Supplemento straordinario n. 2 al B.U. della Regione Calabria - Parti I e II - n. 16 del 1 settembre 2009 -
- Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni G.U: 18.1.2011 - Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo-.
- DPGR n. 28 del 21 Marzo 2012: Attuazione Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo ex DPGR n. 36/2011: Linee guida per la riorganizzazione del percorso nascita; Diario della gravidanza. Obiettivo: G.OI-S.04.
- Regolamento di attivazione del Servizio di Elisoccorso Regionale ai sensi del DPGR n. 7/2011
- ACN per la Pediatria di Libera scelta del 29.07.09
- Legge 8 novembre 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute. (GU n. 263 del 10-11-2012)
-

2) FINALITA' ED OBIETTIVI

Il progetto di riorganizzazione dell'assistenza pediatrica ospedaliera della Regione Calabria deve avere come obiettivi principali ed inderogabili:

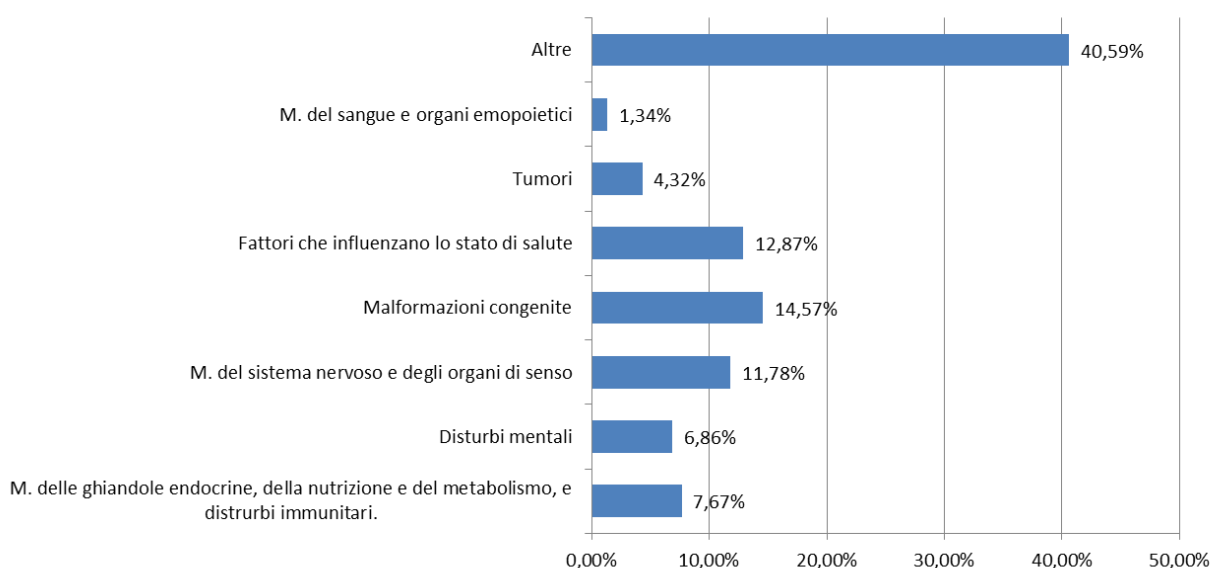
- 1) **Il riconoscimento** della centralità del bambino nell'assistenza pediatrica ospedaliera che deve essere erogata da strutture e figure professionali esclusivamente ad esso dedicate.
- 2) **L'applicazione** del limite di età (18 anni) per i ricoveri pediatrici uguale per tutte le UU.OO di Pediatria della Regione Calabria, prevedendo spazi idonei per la degenza degli adolescenti.
- 3) **La ridefinizione** della rete ospedaliera pediatrica e l'elaborazione di nuovi modelli organizzativi strutturati a diversi livelli operativi, anche con indicatori di valutazione dei risultati e di outcome, capaci di soddisfare i bisogni di salute dei minori residenti nella regione e delle relative necessità assistenziali, mediante il potenziamento delle funzioni assistenziali delle strutture ospedaliere pediatriche di ricovero, ottimizzando le risorse esistenti ed evitando duplicazioni di servizi o carenze assistenziali. In particolare tale ridefinizione della rete pediatrica ospedaliera dovrà consentire tra l'altro di:
 - realizzare nelle UU.OO di Pediatria dei centri HUB l'Area Pediatrica in cui far convergere tutti i ricoveri di età pediatrica dell'Ospedale, medici, chirurgici e specialistici, nell'ambito di una gestione integrata delle diverse competenze mediche
 - istituire in tutte le UU.OO di Pediatria della Regione Calabria l'Osservazione Breve Intensiva Pediatrica (OBI), che rappresenta una alternativa a molti ricoveri ordinari e soprattutto riduce nettamente i ricoveri inappropriati
 - garantire nelle UU.OO di Pediatria posti letto adeguati ed attrezzati per pazienti cronici che presentano patologie acute e critiche intercorrenti
 - creare posti letto attrezzati al monitoraggio continuativo del paziente ("terapia semintensiva") o al suo isolamento
 - sviluppare le specialità pediatriche utilizzando il criterio delle reti integrate di tipo orizzontale
- 4) **L'attivazione** di posti letto di terapia intensiva pediatrica, considerato che attualmente un elevato numero di bambini che necessitano di elevata intensità di cure vengono trattati impropriamente nelle terapie intensive dell'adulto
- 5) **L'attivazione** di strutture per la riabilitazione pediatrica e per le cure palliative
- 6) **La riduzione** delle migrazione sanitaria
- 7) **L'attenzione** ai bisogni degli operatori pediatrici ospedalieri ed alla valorizzazione delle professionalità

3) LA MIGRAZIONE SANITARIA

La migrazione sanitaria medico-chirurgica e riabilitativa dei minori residenti in Calabria, seppur in riduzione nell'ultimo quinquennio, costituisce un fenomeno tuttora rilevante caratterizzato da costi economici, umani e sociali rilevanti.

Negli anni 2009-10 i ricoveri nelle strutture ospedaliere della Regione di minori di 16 anni sono stati 90'285, relativi a 66'161 pazienti. Nello stesso periodo i ricoveri in presidi extraregionali sono stati 19'415, pari al 17,7% del totale, ed hanno interessato 10'698 pazienti.

Malattie causa di ricovero extraregionale 2009-2010



Le patologie motivo di ricovero sono state prevalentemente le malattie neuro psichiatriche (18,64%), le malformazioni congenite (14,57%), metaboliche/immunologiche (7,67%) e onco ematologiche (5,68%).

La migrazione sanitaria è avvenuta sia verso ospedali pediatrici o centri specializzati, che offrono competenze non disponibili in Regione, sia verso ospedali "minori". Quest'ultima forma di migrazione sanitaria ha probabilmente motivazioni di tipo "sociale" più che di ricerca di ospedali di eccellenza.

4) L'AREA PEDIATRICA OSPEDALIERA

AREA	Ospedali HUB	Ospedali Spoke
<u>Nord</u>	AO dell' Annunziata di Cosenza	Castrovillari Rossano /Corigliano (Unico presidio) Cetraro /Paola (Unico presidio)
<u>Centro</u>	AO Pugliese -Ciaccio di Catanzaro	Lamezia Terme Crotone Vibo Valentia
<u>Sud</u>	AO Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria	Polistena Locri

Ogni Unità Operativa Complessa di Pediatria (UOCP) deve essere in grado di soddisfare i bisogni assistenziali ospedalieri di un'area di almeno 150 - 200.000 abitanti (30.000-37.000 soggetti 0-17 anni) per i centri Spoke, 250-300.000 abitanti nelle aree urbane più grandi (50.000 soggetti 0-17 anni) per i centri Hub.

L'attività di ricovero di ogni UOCP è rivolta a bambini e adolescenti di età 0-17 anni. Possono anche essere ricoverati neonati che necessitano di cure minime o intermedie.

L'attività di degenza ordinaria deve garantire volumi di attività tali da determinare una adeguata occupazione dei posti letto e l'appropriatezza clinica ed organizzativa dei ricoveri.

4.1) *Requisiti Strutturali generali*

Le Unità Operative Complesse di Pediatria (UUOCP) dovranno essere provviste dei seguenti requisiti strutturali :

- Area di accoglienza e Pronto Soccorso
- Area di degenza:
 - Posti letto per la degenza ordinaria e Day hospital
 - Posto/i letto di isolamento.
 - Posto/i letto per Osservazione Breve Intensiva (OBI)
- Area delle attività ambulatoriali
- Aree dedicate al gioco ed alla scuola in ospedale
- Aree accessorie (infermieristica, medica, mensa, cucina, aula per riunioni, etc)
- Servizi igienici

Le stanze di degenza dell'area pediatrica devono avere non più di 3 letti con servizi igienici annessi e possibilità di ospitalità per uno dei genitori.

Le degenze devono essere differenziate per classi di età, in particolare dovrà essere prevista un'area dedicata agli adolescenti.

L'area per la degenza pediatrica deve essere preferibilmente limitrofa o comunque ben collegata con l'Unità Complessa di Ostetricia.

Ai neonati che necessitano di cure minime e intermedie deve essere dedicata un'area adeguata in rapporto al numero dei nati/anno dotata di spazi destinate all'osservazione transizionale, alle cure minime ed intermedie, all'allattamento, al prelievo ed alla conservazione del latte materno, ove previsto. Deve essere sempre incentivato il rooming-in.

4.2) Requisiti organizzativi generali

Dal punto di vista organizzativo le UUOCP che rispettano i parametri di area sopra-riportati dovranno essere così articolate :

- Attività di accoglienza/accettazione, Pronto soccorso funzionale e OBI in guardia attiva 24/24 ore
- Attività di assistenza per le degenze pediatriche
- Attività di assistenza al neonato in sala parto 24/24 ore, *se presente punto nascita*,
- Attività di Cure neonatali minime e intermedie *se presente punto nascita*
- Attività ambulatoriali di pediatria generale e specialistica
- Attività di assistenza di livello sub-intensivo (obbligatoria per i centri Hub)
- Attività di assistenza di livello intensivo (in almeno uno dei centri HUB della Regione)

Deve essere comunque garantita l'assistenza ai minori affetti da disabilità, da patologie neuropsichiatriche ed ai minori stranieri.

Per la tutela dei minori ricoverati in ospedale, indipendentemente dalla patologia da cui sono affetti, dovranno essere sempre garantiti :

- il ricovero nelle strutture dedicate ai minori e non in quelle degli adulti
- la presenza in ospedale di un genitore o di persona a loro gradita quale sostituto,
- la possibilità per il minore di usufruire oltre che di aree di degenza specificamente strutturate, anche di spazi ludici e di studio.

4.3) Unità Operative Complesse di Pediatria di Ospedali HUB

Le UUOCP delle Aziende Ospedaliere di **Reggio Calabria, Catanzaro, Cosenza** (centri HUB) devono garantire l'urgenza-emergenza, la gestione dei casi di media-elevata complessità assistenziale e la consulenza specialistica nei confronti delle strutture pediatriche dei centri Spoke.

In almeno uno dei centri HUB della Regione Calabria dovrà essere prevista l'attivazione di una UO di Terapia intensiva pediatrica con almeno 6 p.l.

Le UUOCP dei centri HUB dovranno avere i seguenti requisiti ed attività:

- Attività di accoglienza/accettazione, Pronto soccorso funzionale, OBI e degenza ordinaria in guardia attiva 24/24 ore
- Posti letto di OBI
- Posti letto di isolamento per malattie infettive
- Posti letto di terapia semintensiva pediatrica
- Day Hospital e Day Surgery qualora non fosse presente una UO di Chirurgia Pediatrica

- Ambulatori per almeno cinque delle seguenti specialità pediatriche: allergologia, broncopneumologia, chirurgia pediatrica, cardiologia, dermatologia, diabetologia, emato-oncologia, endocrinologia, gastroenterologia, genetica, immunologia, nefrologia, neonatologia, neuropsichiatria, reumatologia

I Posti letto di degenza delle UUOCP dei centri HUB sono individuati in numero sufficiente in base alla popolazione pediatrica residente ed ad un tasso di occupazione dei p.l. del 75% tenuto conto all'appropriatezza del ricovero stesso. A titolo indicativo:

- **Osservazione Breve:** 2 p.l.(tecnici) in accettazione pediatrica
- **Degenza:** 20 p.l. nei quali devono essere individuati almeno :
 - isolamento per malattie infettive: 2 p.l.
 - terapia semi-intensiva pediatrica: 2 p.l.
 - Day Hospital: 2 p.l.

La dotazione di personale medico dovrà essere proporzionale ai carichi di lavoro espletati dall'UUOCP. A titolo indicativo: almeno 11 unità mediche, 21 infermieristiche, 1 amministrativa e personale laureato di supporto (psicologo, assistente sociale, etc.) in caso di necessità .

4.5) Unità Operative Complesse di Pediatria di Ospedali SPOKE

Le UUOCP delle Aziende Sanitarie Provinciali (centri SPOKE) **Locri, Vibo Valentia, Lametia Terme, Crotone, Polistena, Castrovillari, Rossano-Corigliano, Cetraro-Paola** devono garantire l'urgenza-emergenza, la gestione dei casi di media-elevata complessità assistenziale anche con il supporto dei centri HUB.

Le UUOCP dei centri Spoke dovranno avere i seguenti requisiti ed attività:

- Attività di accoglienza/accettazione, Pronto soccorso funzionale, OBI e degenza ordinaria in guardia attiva 24/24 ore
- Posti letto di OBI
- Posti letto di isolamento per malattie infettive
- Day Hospital
- Ambulatori per almeno tre delle seguenti specialità pediatriche: allergologia, broncopneumologia, chirurgia pediatrica, cardiologia, dermatologia, diabetologia, emato-oncologia, endocrinologia, gastroenterologia, genetica, immunologia, nefrologia, neonatologia, neuropsichiatria, reumatologia
- Numero di parti/anno maggiore di 500

I Posti letto di degenza delle UUOCP dei centri Spoke sono individuati in numero sufficiente in base alla popolazione pediatrica residente ed ad un tasso di occupazione dei p.l. del 75% tenuto conto all'appropriatezza del ricovero stesso. A titolo indicativo:

- **Osservazione Breve:** 2 p.l.(tecnici)
- **Degenza:** 12 p.l. nei quali devono essere individuati almeno :
 - isolamento per malattie infettive: 1-2 p.l.
 - Day Hospital: 2 p.l.

Nelle UOCP degli ospedali spoke potrà essere prevista la strutturazione di posti letto di terapia semi-intensiva pediatrica anche qualora siano presenti idonei requisiti strutturali e di competenza professionale.

La dotazione di personale medico dovrà essere proporzionale ai carichi di lavoro espletati dall'UUOCP. A titolo indicativo: almeno 9 unità mediche, 18 infermieristiche e personale laureato di supporto (psicologo, assistente sociale, etc.) in caso di necessità.

5) IL SISTEMA URGENZA-EMERGENZA

La gestione dell'urgenza/emergenza pediatrica è un compito primario della pediatria ospedaliera che non può prescindere dall'organizzazione di una appropriata rete regionale, differenziata in base alle risorse diagnostiche assistenziali che ogni struttura può erogare ed integrata con il sistema di primo intervento e di trasporto.

Considerato che il numero di minori residenti nella regione Calabria non giustifica la creazione di strutture di Pronto Soccorso pediatrico autonome, in ogni UOCP della Regione Calabria deve essere attivo un Pronto Soccorso pediatrico funzionale in grado di garantire una risposta sanitaria in urgenza-emergenza a tutti i soggetti in età evolutiva che accedono in ospedale, di ridurre il numero dei ricoveri inappropriati e di regolare gli accessi ospedalieri mediante un'opportuna integrazione con il territorio. Per la gestione dell'urgenza-emergenza pediatrica le UOCP della Regione Calabria devono essere collegate in rete tra loro. Ogni nodo delle rete deve essere dotato di un numero adeguato di personale medico ed infermieristico specificamente formato all'emergenza urgenza pediatrica, di idonee attrezzature tecniche e deve garantire percorsi di diagnosi e cura codificati con procedure organizzative condivise tra gli operatori.

In ogni UOCP per l'espletamento delle attività di Pronto Soccorso deve essere prevista un'area dedicata che comprenda :

- accesso proprio
- sala d'attesa
- ambulatori di visita, area di osservazione breve, di isolamento

La gestione dell'emergenza/urgenza deve prevedere il coinvolgimento attivo di tutto il sistema urgenza-emergenza, con Linee guida e protocolli condivisi con la Centrale operativa per l'emergenza (118), le UCCP, i pediatri di libera scelta, i DEA di I e II livello ed il DEA di II livello negli ospedali di alta specialità pediatrica.

5.1) Osservazione Breve Intensiva

L'OBI è riservata a quei pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito (dimissione o ricovero) nell'arco delle prime 4-6 ore dall'arrivo in PS e che necessitano pertanto di un periodo più lungo di valutazione per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile nei ricoveri e nelle dimissioni.

Tutte le UOCP della Regione Calabria devono essere provviste di un area dedicata all'Osservazione breve, dotata di 1 posto letto/4000 accessi di P.S. Il paziente può rimanere in regime di osservazione fino ad un massimo di 36 h.

5.2)Terapia semi-intensiva pediatrica

Nelle UOCP degli ospedali Hub della Regione Calabria devono essere attivati posti letto di terapia semi-intensiva dedicati al monitoraggio intensivo non-invasivo di pazienti con funzioni vitali a rischio che necessitano di cure che non possono essere erogate in degenza ordinaria ma che richiedono un'intensità assistenziale minore rispetto a quella della terapia intensiva. La strutturazione di tali posti letto potrà essere prevista anche nelle UOCP degli ospedali spoke qualora siano presenti idonei requisiti strutturali e di competenza professionale.

5.3)Terapia Intensiva Pediatrica

In almeno uno dei centri HUB della Regione Calabria deve essere prevista l'attivazione di una UO di Terapia intensiva pediatrica. In attesa della strutturazione di questa UO è indispensabile attivare presso le strutture complesse di Rianimazione dell'adulto, almeno un posto letto con personale dedicato per l'assistenza pediatrica.

6) LA RETE REGIONALE DI ONCOLOGIA ed EMATOLOGIA PEDIATRICA.

La relativa rarità e l'alta specializzazione richiesta per la gestione della patologia tumorale ed ematologica in età pediatrica rendono opportuna la centralizzazione delle cure per questi pazienti attraverso la costituzione di una Rete costituita da un Centro di Riferimento Regionale e da due Unità Operative satellite integrate in rete tra loro e dislocate sul territorio regionale

Il **Centro di Riferimento Regionale** deve essere in grado di gestire le neoplasie, solide o degli organi emopoietici, e la patologia ematologica di II° e III° livello di soggetti di età 0-17 anni.

Gli obiettivi generali della Rete di Oncologia ed ematologia pediatrica regionale sono:

- diagnosi e trattamento dei **tumori in età pediatrica** e delle principali **patologie ematologiche** del bambino in accordo con protocolli nazionali ed internazionali;
- creazione di un **team multidisciplinare**, coinvolgente tutte le professionalità presenti in Regione, con un **coordinamento pediatrico**;
- assistenza al paziente terminale (terapia del dolore, metodiche di supporto);
- follow-up del paziente guarito;
- integrazione con le altre strutture di emato-oncologia già accreditate ed operanti in Italia;
- costituzione di un osservatorio epidemiologico per l'emato-oncologia pediatrica;
- riduzione della migrazione per patologia tumorale verso centri specialistici di altre regioni.

6.1) CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Il Centro di Riferimento Regionale per le patologie oncologiche ed ematologiche in età pediatrica deve caratterizzarsi sia per l'alta qualificazione delle competenze e la dotazione tecnologica avanzata che per il carico di lavoro orientato alla diagnosi ed alla cura di tutte le neoplasie in età pediatrica. Deve garantire l'assistenza in regime di ricovero ordinario, di DH e quella ambulatoriale per la gestione diagnostica e terapeutica, compresa quella di supporto e palliativa, dei tumori infantili secondo i protocolli e linee guida nazionali e internazionali.

Deve essere ubicato in un ospedale HUB dotato delle seguenti specialità:

- Pediatria, Chirurgia pediatrica e Neonatologia-TIN)
- Radiologia con tecniche diagnostiche per immagini tecnologicamente avanzate (RMN, TAC spirale)
- Laboratorio analisi
- Anestesia e rianimazione, con competenze pediatriche e neonatali
- Immunoematologia e centro trasfusionale
- Malattie infettive
- Anatomia patologica
- Medicina nucleare
- Radioterapia
- Neurochirurgia
- Neuropsichiatria e psico-oncologia
- Assistenza sociale

- Urologia, cardiologia, gastroenterologia, endocrinologia, nefrologia, fisioterapia, ortopedia, pneumologia.
- Farmacia

Presso il Centro di Riferimento deve essere prevista la sede del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) che rappresenta il punto di riferimento per il paziente dalla diagnosi al follow-up.

6.2) UNITA OPERATIVE SATELLITE

Le Unità Operative Satellite della Rete di Oncologia ed ematologia pediatrica sono individuate in Strutture Complesse di Pediatria o di Ematologia, dotate di:

- personale medico e infermieristico con formazione ed esperienza in Oncoematologia pediatrica;
 - posti letto per l'assistenza in regime di ricovero ordinario, di DH e ambulatori dedicati
 - locali per la preparazione dei farmaci antitumorali.

Le attività delle Unità Satellite sono svolte in integrazione con il Centro di Riferimento regionale.

7) RETE REGIONALE DELLE UNITÀ OPERATIVE/SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

La disciplina di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) comprende strutture operative multiprofessionali deputate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 17 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettuale, relazionale, etc). Assolve alla competenza specifica dello studio dello sviluppo complessivo dei soggetti in età evolutiva e del loro "entourage" familiare e socio-ambientale, mirati al raggiungimento della maggiore armonia possibile sul piano della realizzazione personale e di autonomia dell'individuo.

Condizioni attuali: Le attuali caratteristiche organizzativo-logistiche della NPIA nella Regione Calabria non garantiscono l'effettuazione delle citate attività per estrema disomogeneità e precarietà di organizzazione, risorse e specifiche linee di attività di ciascuna struttura che stentano ad arginare il grave fenomeno dell'emigrazione sanitaria, particolarmente presente per questa disciplina.

L'erogazione di prestazioni della maggior parte dei servizi è infatti rivolta al territorio e preminentemente alle attività ambulatoriali neuropsicologiche/psichiatriche, di riabilitazione, d'interazione con la scuola (adempimenti L. 104/92) ed altre agenzie Sociali (es. Tribunale dei Minori). Sono poi assenti sul territorio strutture residenziali o semiresidenziali dedicate all'assistenza sanitaria di minori con disturbi psichici.

Per ciò che concerne l'assistenza ospedaliera sono assenti le UU.OO. di NPIA e quindi posti letto dedicati anche per attività diurna.

Le prestazioni neurologiche (e di diagnostica neurofisiologica) e psichiatriche ospedaliere, erogate solo in regime di consulenza, sono parzialmente garantite solo in alcuni Presidi Ospedalieri mentre altre specificità (*Centri per DSA, Autismo, Cefalee, ADHD, Follow-up, etc*) sono variamente distribuite sul territorio.

Le criticità neurologiche e, specialmente, psichiatriche in età evolutiva (*per es. Esordi Psicotici, DCA, agitazione psicomotoria in soggetti Autistici, ADHD e con R.M.*) vengono assistite, impropriamente, nelle UU.OO. di Pediatria determinando una gestione estremamente problematica anche in relazione al rischio clinico.

Linee di intervento:

Definire una rete integrata ospedale-territorio che preveda:

1. la realizzazione di una UOC di NPIA con p.l. ordinari/ciclo diurno presso gli ospedali Hub (d.p.r.g. 18/2010)
2. la realizzazione di una o più (almeno una) **Strutture Residenziali** che accolgano minori con disturbo psicopatologico, ritardo mentale o gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano sia di interventi intensivi, complessi e coordinati, che di ospitalità a ciclo continuo o per brevi periodi.
3. l'identificazione di più **Strutture ambulatoriali accreditate e Semiresidenziali** che garantiscano le attività terapeutico-riabilitative per gravi disturbi della comunicazione, della relazione e della socializzazione e gli interventi intensivi, complessi e coordinati che consentano di:
 - A. acquisire abilità cognitive, comunicative e relazionali
 - B. acquisire le autonomie possibili adeguate al proprio contesto ambientale

- C. prevenire la cronicizzazione dei disturbi
- D. contenere il rischio dei ricoveri impropri
- E. garantire continuità e raccordo con le strutture educative di appartenenza del bambino/adolescente

con le seguenti articolazioni:

- F. *centri diurni diagnostico-terapeutici per la prima e seconda infanzia* finalizzati alla diagnosi ed al trattamento per cicli intensivi, di breve durata, dei disturbi di sviluppo.
- G. *centri diurni per adolescenti con gravi disturbi psicopatologici*, finalizzati a contenere al massimo il ricovero ospedaliero e la sua durata, prevenendone la necessità mediante trattamento terapeutico intensivo e permettendo dimissioni protette.

8) LA RETE DIABETOLOGICA

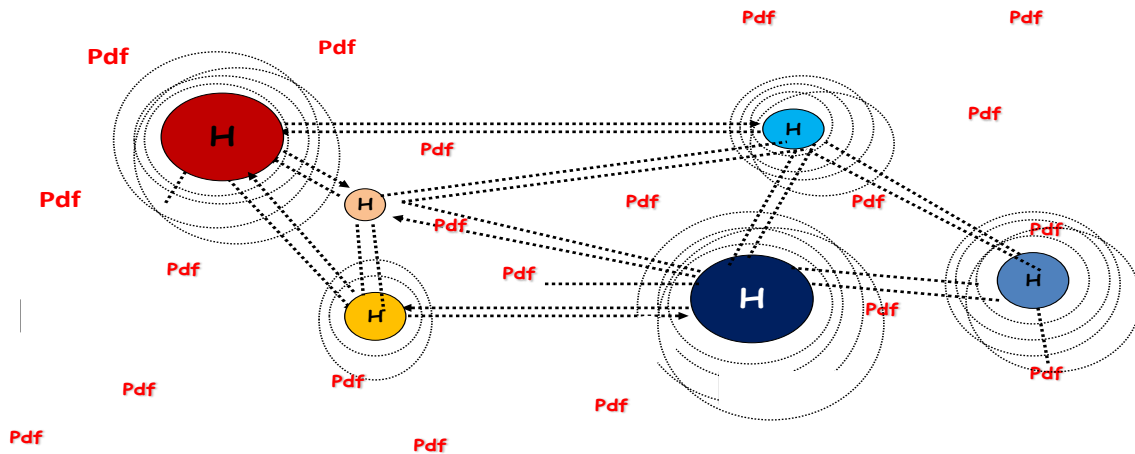
La **Rete Diabetologica Pediatrica Calabrese** istituita con DPGR 368/2009, ha come obiettivo di garantire ai bambini e ai giovani affetti da diabete mellito la migliore qualità di cura attraverso la condivisione di protocolli, linee guida e percorsi integrati ospedale-territorio tra i vari nodi della rete . Oltre all'attività assistenziale, la Rete ha come obiettivi la formazione e la ricerca in ambito epidemiologico, genetico e clinico.

Il modello organizzativo della "rete" calabrese, così come previsto dal Piano Nazionale sulla malattia diabetica, recepito dalla Regione Calabria con DPGR n. 89/2013, si basa su due livelli di assistenza, uno specialistico ed uno di base:

Il livello specialistico, ospedaliero, della "rete" è costituito da tredici centri di riferimento presenti nelle strutture di Pediatria di Castrovillari, Paola-Cetraro, Corigliano-Rossano, Cosenza, Catanzaro, Crotone, Lamezia Terme, Locri, Polistena, Reggio Calabria, Soverato, Soveria Mannelli e Vibo Valentia. Il centro di diabetologia pediatrica dell' Ospedale di Locri svolge le funzioni di coordinamento.

Il livello di base, territoriale, della "rete" prevede a livello Distrettuale o inter Distrettuale la presenza di Servizi specialistici di I livello, in cui sono chiamati ad operare i pediatri delle strutture dedicate ospedaliere o comunque pediatri con competenza diabetologica in stretto collegamento ed integrazione con le figure professionali e le strutture socio sanitarie coinvolte nell'assistenza al bambino con diabete (Pediatri di famiglia, Medici di medicina generale, Scuola, Centri di aggregazione, Servizi sociali, Assistenza domiciliare, etc.).

9) LA RETE DELLE SPECIALITÀ PEDIATRICHE



Le specialità pediatriche non strutturate in reti dedicate (allergologia, broncopneumologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, genetica, immunologia, nefrologia, reumatologia, etc) devono essere organizzate secondo il modello operativo previsto per le reti integrate di tipo orizzontale. Questa tipologia organizzativa non individua a priori una gerarchia fra i punti di produzione ma prevede, nell'ambito di ognuna delle strutture pediatriche ospedaliere regionali, lo sviluppo di una specifica linea di produzione che può essere di supporto anche alle altre strutture.

In questa organizzazione dovranno pertanto essere individuati 1 - 2 centri ospedalieri in possesso dei requisiti di competenza e capacità assistenziali relativi ad una singola specialità previsti nell'allegato A, che avranno funzione di hub di specialità per gli altri centri regionali.

10) L'ASSISTENZA NEONATALE

L'Accordo Stato-Regioni, che ha emanato le "Linee Guida per i Punti nascita 2010 – 2012", stabilisce che l'assistenza neonatologica in ambito ospedaliero viene garantita tramite una rete di UU.OO. di Ostetricia e di Neonatologia, queste ultime autonome o aggregate alle UU.OO. di Pediatria, articolate su due livelli assistenziali:

1. U.O. Pediatriche/Neonatologiche di I livello (nati/anno 500-1000)
2. U.O. Neonatologiche di II livello – Centri Terapia Intensiva Neonatale (TIN)

I due livelli, le cui dislocazioni e dimensioni sono state pianificate tenendo conto delle caratteristiche orografiche e geografiche del territorio, della viabilità e del numero di nati/anno, devono operare in una logica di integrazione funzionale.

In Calabria la rete e la dotazione di posti letto è definita dai DPGR n.18/2010, 106 e 136/2011, 28/2012 (percorso nascita), il trasporto neonatale dal DPGR n. 7/2011 e successivo regolamento e la dotazione organica di personale dal Regolamento per l'Accreditamento nel Servizio Sanitario Regionale relativo alla dotazione di personale minimo per le attività ospedaliere pubblicato nel Supplemento straordinario n. 2 al B.U. della Regione Calabria - Parti I e II - n. 16 del 1 settembre 2009.

10.1) Criticità rilevabili

Le criticità rilevabili attualmente sono:

- grave carenza di personale (sia medico che infermieristico e OSS)
- invecchiamento dello stesso (per impossibilità al turn-over per effetto della legge di stabilità)
- numero di posti letto disponibili inferiori alla reale necessità
- l'insufficiente formazione specifica del personale del 118 deputato al trasporto neonatale

10.2) Il trasporto neonatale

Il 10-15% dei nati sono rappresentati da neonati patologici. La maggior parte di essi nasce in ospedali con reparti in grado di fornire una corretta assistenza, per cui si calcola che solo il 2-2,5% circa dei nati vivi ha bisogno di essere trasferito in TIN. Anche se il trasporto ottimale è quello della madre (Trasporto Assistito Materno - STAM, *trasporto in utero*), un certo numero di trasferimenti neonatali è inevitabile, anche con un adeguato screening delle gravidanze a rischio. È necessario quindi organizzare su base regionale un Servizio di trasporto di emergenza neonatale capace di attivare rapidamente, già nel Centro trasferente, le cure speciali di cui il neonato ha bisogno e di mantenerle durante il trasferimento fino al Centro di ricovero.

Il trasporto neonatale (Trasporto d'Emergenza Neonatale - STEN) in Italia è organizzato in due diversi modelli operativi:

- dedicato
- attivabile su richiesta

Il servizio dedicato è attivo 24 ore su 24 e provvede a tutte le richieste di trasferimento da e per qualsiasi struttura con personale che, pur facendo parte di un Centro di Terapia Intensiva Neonatale svolge prevalentemente o esclusivamente attività di trasporto neonatale.

Tale modello consente tempi di attivazione molto rapidi e la disponibilità di personale molto esperto per l'elevato numero di trasporti effettuati.

Il servizio attivabile su richiesta è da considerarsi il modello da utilizzare su aree in cui siano prevedibili meno di 200 trasporti/anno. Tale modello può utilizzare la rete del 118, con personale comunque formato specificamente per l'assistenza al neonato critico e con ambulanza (o al bisogno elicottero) specificamente allestita ed un'incubatrice da trasporto attrezzata per il monitoraggio e la rianimazione neonatale.

Attualmente in Calabria il trasporto neonatale è assicurato dal 118 (sia tramite ambulanza che tramite elisoccorso, quando necessario).

Il numero ottimale di trasporti/anno per uno STEN dedicato oscilla fra 400 e 600, mentre per quello attivabile su richiesta tale numero è di 150-200; volumi di attività al di sopra o al di sotto di questi limiti riducono l'efficienza o aumentano i costi.

E' auspicabile una integrazione dell'attività di trasporto neonatale in emergenza tra le varie aree della Regione, con l'istituzione di un Servizio STEN unico regionale

11) L'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'attuale modello organizzativo dell'assistenza pediatrica territoriale si basa sulla figura del Pediatra di libera scelta che opera autonomamente, in gruppo o in associazione con altri colleghi nel distretto sanitario. Le forme associative pediatriche, sancite dagli strumenti normativi che si sono succeduti dal PSN 2003-2005 in poi, sono alla base della riorganizzazione del sistema delle cure primarie con l'obiettivo di migliorare la qualità, garantendo la continuità dell'assistenza per il paziente in orari in cui il pediatra di famiglia non è presente in ambulatorio.

L'ACN per la Pediatria di Libera scelta del 29.07.09 ha delineato gli ambiti di intervento per una riorganizzazione dell'assistenza pediatrica territoriale, rinviando agli AIR la programmazione e la sperimentazione di modelli organizzativi più complessi e articolati rispetto alle forme associative attuali.

La legge 189/2012 ha confermato questo indirizzo prevedendo delle forme organizzative **monoprofessionali** (Aggregazioni Funzionali Territoriali – **AFT**) e delle forme organizzative **multiprofessionali** (Unità Complesse di Cure Primarie - **UCCP**) formate da tutti i medici e dalle altre professionalità convenzionate con il SSN.

- Nella nostra regione, secondo quanto stabilito dalla legge 189/2012 e dall'ACN 8 luglio 2010, in considerazione della peculiare situazione oro-geografica, si ritiene che le **Aggregazioni Funzionali Territoriali Pediatriche (AFT Pediatriche)**, rappresentino il modello organizzativo più idoneo ed attuabile per soddisfare i bisogni di salute e di continuità assistenziale della popolazione pediatrica calabrese. **Queste possono essere strutturate in rete od a sede unica. Le AFT in rete** prevedono un collegamento in rete di almeno tre studi pediatrici per garantire l'accesso alle cartelle cliniche informatiche dei pazienti di tutti i pediatri che ne fanno parte. In particolari situazioni geografiche è possibile un'aggregazione anche tra due pediatri, l'importante è comunque garantire un coordinamento degli orari di apertura degli ambulatori, in modo da coprire un arco temporale assistenziale di apertura di almeno 8 ore al giorno, distribuite tra mattino e pomeriggio e per 5 giorni alla settimana dal lunedì al venerdì. Negli orari di chiusura degli studi sarà attivo un sistema di ricezione delle chiamate in modo da consentire la presa in carico per tutte le dodici ore diurne. **Le AFT a sede unica** sono costituite da almeno due o più pediatri, che prestano la loro attività nella stessa sede. L'apertura dell'ambulatorio deve essere garantita per almeno otto ore al giorno distribuite tra mattino e pomeriggio, per 5 giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì. Negli orari di chiusura dello studio, sarà attivo un sistema di ricezione delle chiamate in modo da facilitare la presa in carico per tutte le dodici ore diurne. Nelle associazioni pediatriche a sede unica deve essere garantita ed incentivata la presenza del collaboratore di studio e di un infermiere pediatrico per tutto l'orario di apertura dell'ambulatorio. Nel fine settimana e nei festivi saranno i medici di continuità assistenziale, con attestato di formazione per l'assistenza al bambino (requisito che deve prevedere un maggior punteggio per accedere al servizio di continuità assistenziale), ad assistere la popolazione pediatrica con eventuale supporto della pediatria di famiglia soprattutto nella fase formativa dei medici di continuità assistenziale. Potranno comunque sperimentarsi delle modalità di assistenza diretta da parte del pediatra di famiglia, su base volontaria come sta avvenendo in altre regioni. **Le UCCP e le Case della Salute**, (che prevedono il coinvolgimento di tutti i medici convenzionati, quali MMG, PLS, medici della CA e specialisti ambulatoriali, oltre che di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali) potranno essere previste esclusivamente nei grandi centri urbani, successivamente alle linee guida, attualmente in itinere al livello nazionale, che dovranno sancire compiti e funzioni del personale partecipante a tali strutture.

12) IMPLEMENTAZIONE DELL'ATTIVITA' DI CONTRASTO ALLA MIGRAZIONE SANITARIA

La riorganizzazione dell'assistenza pediatrica ospedaliera così come prevista dal presente documento, la realizzazione di percorsi assistenziali che garantiscano il coinvolgimento di tutti gli Ospedali e dei servizi territoriali della Regione e l'attivazione delle reti di Neuropsichiatria infantile, di Oncologia-ematologia e quelle di specialità, unitamente alla rete di Diabetologia già presente sul territorio, rappresentano il più efficace intervento correttivo atto a ridurre il fenomeno della migrazione sanitaria pediatrica in Calabria, specie se associato ad opportuni interventi di informazione e comunicazione finalizzati a contrastare la percezione, spesso negativa, che i cittadini calabresi hanno delle proprie strutture sanitarie e la disinformazione sulle cure già disponibili in Regione.

Una quota fisiologica di migrazione sanitaria di minori residenti in regione sarà tuttavia presente considerato che in Calabria la mancanza di un ospedale/centro pediatrico di 3° livello non consente un adeguato trattamento di quelle patologie complesse che necessitano di approcci multidisciplinari o di interventi chirurgici di alta specializzazione. In tal senso, accordi specifici tra la Regione Calabria ed i Centri Nazionali d'eccellenza pediatrica potrebbero comunque essere utili per governare in modo più efficiente ed efficace il fenomeno delle migrazione sanitaria.

13) IL GOVERNO DELLA RETE REGIONALE PEDIATRICA

Il Dipartimento della Salute della Regione Calabria istituisce il **Comitato Permanente Regionale per le Cure Pediatriche** formato da:

- direttore del dipartimento della salute (con funzione di presidente)
- direttori dei Dipartimenti materno-infantili delle macroaree regionali (nord, centro e sud)
- due rappresentanti dei direttori di struttura complessa delle UOC di pediatria, neonatologia e terapia intensiva neonatale
- due rappresentanti dei pediatri di famiglia

Le funzioni del comitato tecnico sono quelle di ottimizzare le attività della rete attraverso la proposizione di specifici atti finalizzati al miglioramento degli standard assistenziali e della qualità delle cure, della formazione del personale, dell'appropriatezza degli interventi, dei percorsi diagnostici terapeutici e della comunicazione.

Il comitato dovrà inoltre favorire l'implementazione della continuità assistenziale e dell'assistenza domiciliare secondo le disposizioni legislative vigenti.

Il comitato ha un ruolo di consulenza per gli organismi decisori regionali per ciò che attiene agli interventi organizzativi sull'assistenza neonatale e pediatrica della Regione Calabria.

Il presidente riunisce il comitato regionale almeno due volte l'anno.

ALLEGATO A

ALLERGOLOGIA

Requisiti per Centro di riferimento

	NECESSARI	OPZIONALI
DIAGNOSI/TERAPIA	Presenza di Day Hospital	Desensibilizzazione alimentare
	Anafilassi Allergia ad alimenti, inalanti, lattice, farmaci, veleno imenotteri	
	Immunoterapia	
	Vaccinazioni in ambiente protetto	
TEST	Prick test	
	Patch test per dermatite da contatto	
	Test con siero autologo Test per orticaria da agenti fisici	Brushing ciliare
	Spirometria Spirometria dopo metacolina e/o Spirometria dopo treadmill (sforzo) feNO RINT	Test di provocazione nasale Test di provocazione congiuntivale
	Test di provocazione per alimenti	
	Citologia nasale Dosaggio delle sIgE (RAST)	Dosaggio delle sIgE (molecole)

IMMUNOLOGIA

Requisiti per Centro di riferimento

	NECESSARI	OPZIONALI
DIAGNOSI/TERAPIA	Presenza di due-tre letti di degenza di cui almeno uno isolato possibilmente con flusso a pressione positiva. Data la rarità delle patologie sarebbe opportuno collocarlo nell'ambito di una struttura onco-ematologica pediatrica Dh PER APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI E FOLLOW-UOP DEI PAZIENTI	
	Preparazione dei farmaci sotto cappa sterile	
	LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA ATTREZZATO PER LA DIAGNOSTICA LE PATOLOGIE DEGLI IMMUNOCOMPROMESSI	
TEST	Test immunologici di primo livello	
	CENTRO NAZIONALE DI RIFERIMENTO CONVENZIONATO. a) per INVIARE CAMPIONI BIOLOGICI E PAZIENTI CON CORSIA PREFERENZIALE PER INDAGINI DI SECONDO E TERZO LIVELLO b) per INVIARE I PAZIENTI PER TRATTAMENTI NON ESEGUIBILI IN SEDE CON CORSIA PREFERENZIALE	

GENETICA e MALATTIE METABOLICHE

Requisiti per Centro di riferimento

	NECESSARI	OPZIONALI
	2-3 posti letto Presenza di Day Hospital Bacino regionale di utenza pazienti Pubblicazioni e comunicazioni su specifiche tematiche Supporto psicologico Supporto dietologico	
DIAGNOSI/TERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> • Inquadramento diagnostico di pazienti con ritardo mentale • Inquadramento diagnostico di pazienti con sindrome malformative e/o dismorfiche • Inquadramento diagnostico di malattie metaboliche • Follow-up delle più comuni sindromi genetiche • Follow-up e terapia delle malattie metaboliche 	
LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cariotipo da colture di sangue periferico con varie tecniche di bandeggio • Cariotipo ad alta risoluzione • FISH (ibridazione in situ fluorescente) per la ricerca di sindromi da microdelezione • Ricerca mediante FISH di riarrangiamenti telomerici • Estrazione DNA • Analisi molecolare per la fenilchetonuria • Analisi molecolare del deficit di anidrasi carbonica II (CAII) • Analisi molecolare sindrome dell'X fragile • Test screening urinari per errori congeniti del metabolismo • Dosaggio semiquantitativo degli aminoacidi urinari • Dosaggio quantitativo degli aminoacidi urinari su diuresi 24 h • Dosaggio quantitativo degli aminoacidi plasmatici • Dosaggio quantitativo dei mucopolisaccaridi urinari • Valutazione qualitativa dei mucopolisaccaridi urinari • Dosaggio fluorimetrico degli enzimi lisosomiali (alfa- glucosidasi ,beta-glucosidasi, beta galattosidasi, alfa-galattosidasi, alfa-glucosidasi, alfamannosidasi, beta-glicuronidasi,esosaminidasi AeB, iduronato, iduronato solfatasi, fucosidasi) • Caratterizzazione degli oligosaccaridi urinari • Dosaggio dell'acido lattico • Dosaggio quantitativo dell'acido orotico • Dosaggio dell'acido metil-metalonico • Dosaggio anidrasi carbonica II 	aGGH acidi organici

SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione con altri centri e laboratori italiani ed esteri tramite spedizione di campioni biologici per indagini laboratoristiche non disponibili nella nostra sede • Registrazione del caso al Registro Nazionale delle malattie rare • Coordinamento e gestione con approccio multidisciplinare percorso assistenziale per singola malattia • Consulenza genetica famiglie a rischio • Organizzazione percorso diagnosi prenatale per specifica malattia • Collaborazione con le associazioni di pazienti per specifica malattia o gruppo • Sistema informativo e di supporto informatico idoneo all'attività da svolgere • Accesso a banche dati nazionali ed internazionali • Programma di ricerca finanziati da un Ente pubblico o privato per specifiche malattie 	

GASTROENTEROLOGIA

Requisiti per Centro di riferimento

	NECESSARI	OPZIONALI MA QUALIFICANTI
<u>Strutturali</u>	2-3 posti letto per ricovero ordinario Degenza in Day Hospital Ambulatori dedicati per visite specialistiche	Sala endoscopica e/o disponibilità prestabilita della sala chirurgica per procedure endoscopiche effettuate dal personale del centro (Gastro- enterologo Endoscopista Pediatico)
<u>Staff medico</u>	Documentata formazione specialistica nel settore in centri qualificati Pubblicazioni e comunicazioni su tematiche specifiche attinenti all'area Contatti/collaborazioni con centri specialistici fuori regione Programmi di ricerca su tematiche specifiche attinenti all'area	Esperienze formative all'estero Dottorato di ricerca in Gastroenterologia Presenza alle sedute endoscopiche del Gastro- enterologo Pediatra/ Gastroenterologo Endoscopista Pediatrico Gestione delle Urgenze (rimozione di corpi estranei, emorragie, etc)
DIAGNOSI/TERAPIA	Gestione delle più comuni malattie di pertinenza gastroenterologia (diagnosi e follow-up), ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> - Reflusso Gastroesofageo - Malattia peptica- Infezioni da Helicobacter Pylori- Esofagite eosinofila - Malattia celiaca - Intolleranze alimentari (Esempio intolleranza alle proteine del latte vaccino) - Stipsi cronica 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrea cronica - Disturbi funzionali gastro-intestinali - Malattie infiammatorie croniche intestinali - Pancreatiti acute e croniche: diagnosi e follow-up. - Epatopatie (Epatite Autoimmune, Morbo di Wilson, epatiti infettive congenite e/o acquisite, malformazioni congenite) e Colangiopatie - Problematiche nutrizionali, nutrizione enterale - Scarsa crescita - Obesità/sovrappeso 	
DIAGNOSTICA LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> - Autoimmunità: Anticorpi anti Transglutaminasi, Anti-gliadina deamidata, Anticorpi antiendomisio, ANA, ENA, IAA, IA2, GADA, Anti DNA, SMA, LKM-1, LC-1, ANCA, ASCA; fattori del Complemento, Anticorpi Anti cellule gastriche, Anticorpi antifosfolipidi, Anticorpi anticardiolipina, Antitireoglobulina - Tipizzazione tissutale: tipizzazione sierologica e molecolare del LOCUS A, B, C, DR, DQ, STUDIO HLA in biologia molecolare; 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi Genetiche: Cariotipo, analisi genetica per fibrosi cistica, genetica della trombofilia, analisi molecolare NP tipo C, analisi molecolare Wilson,etc. Altro: dosaggio alfa-galattosidasi per Malattia di Fabry, aminoacidemia ed aminoaciduria, dosaggio dei GAG urinari, dosaggio oligosaccaridi urinari, dosaggio glicosidasi su leucociti per diagnosi di M. di Gaucher, dosaggio sfingomielinasi su leucociti e fibroblasti per la diagnosi di malattia di Nieman-Pick, glicosaminoglicani urinari,

	<p>tipizzazione molecolare SSP etero dimeri DQ2, DRB1* (*07, *03, *04, *11): DQB1*(*04, *03:03, *03:01, *03:02, *02, *03:05, *03:04), DQA1 (*01, *02:01, *03, *05, *06);</p> <p>- Esami infettivologici: Indagini virologiche e colturali su sangue, Mantoux, Quantiferon, coprocoltura per germi comuni e non, Ricerca rotavirus, adenovirus e astro virus nelle feci, Antigene Fecale Giardia, ricerca nelle feci della Tossina del Cl. Difficile + PCR per Citomegalovirus, Herpes virus 6, Ebstein Barr virus, virus epatitici.</p> <p>Altro: sangue occulto feci, calprotectina fecale, elastasi fecale, cupruria /cupremia, ceruloplasmina, zinchemia/zinchuria, alfa 1-antitripsina sierica,</p>	
TEST	<p>Test del sudore Test rapido all'ureasi Breath test all'urea Breath Test al lattosio, lattulosio , glucosio Prick test ed esami allergometrici specifici</p>	
DIAGNOSTICA STRUMENTALE	<ul style="list-style-type: none"> - Esofagogastroduodenoscopia e Colonscopia - Biopsie esofagee, gastriche e intestinali , - Biopsia rettale (per suzione e/chirurgica) - Scintigrafia con Tc 99 per sospetto Meckel - Esami radiologici (con e senza m.d.c) 	<ul style="list-style-type: none"> -PH/Impedenziometria -Manometria (anorettale, esofagea, antroduodenale, del colon) -Ecoendoscopia -Trattamento endoscopico delle varici esofagee -Dilatazioni esofagee

		<ul style="list-style-type: none">-Iniezione intrasfinterica di tossina botulina (acalasia anale, acalasia esofagea)-Polipectomie endoscopiche-Posizionamento PEG (gastrostomia endoscopica percutanea) e cecostomia endoscopica-Videocapsula-Scintigrafia per svuotamento gastrico-ERCP-COLANGIO- RMN
--	--	--