

Documento dei Giovani Pediatri per la Pediatria

Il progetto nasce dall'aggregazione di un gruppo di giovani pediatri, al di fuori di ogni schieramento, uniti dalla volontà di fermarci a riflettere sulla realtà della Pediatria italiana in tutte le sue componenti, dalla formazione all'assistenza sul territorio, dalla rete ospedaliera alla ricerca, facendo riferimento all'esperienza che fino a oggi ciascuno di noi in modo differente ha vissuto, confrontandoci con i colleghi con i quali quotidianamente lavoriamo, aperti al contributo di chiunque voglia proporre una seria e costruttiva riflessione sulle possibilità di miglioramento dell'area pediatrica in Italia.

Obiettivo finale è realizzare proposte, frutto delle discussioni e delle riflessioni che avremo, personali e tramite il nostro blog (<http://giovani-pediatri-per-la-pediatria.blogspot.com>), che saranno poi presentate a tutti i livelli dirigenziali (amministrativi, politici, societari, nazionale e regionali) che hanno pertinenza con la Pediatria italiana. Tali proposte potranno essere sottoscritte da ogni Pediatria che le condivida.

Giovani Pediatri per la Pediatria è un gruppo di pediatri che ha deciso di incontrarsi per confrontarsi sulla realtà della Pediatria italiana, sulle proprie esperienze formative e lavorative allo scopo di individuare proposte di miglioramento della rete di assistenza pediatrica, della formazione e della professione che con entusiasmo abbiamo scelto di fare.

Ci siamo confrontati sulle nostre realtà formative e lavorative sia direttamente che attraverso i canali informatici che abbiamo ritenuto più efficaci (ad esempio il blog <http://giovani-pediatri-per-la-pediatria.blogspot.com>). Abbiamo cercato di analizzare le criticità che a nostro avviso sono significative e abbiamo cercato di ipotizzare possibili soluzioni da proporre alla nostra Società scientifica di Pediatria, la SIP, senza la presunzione di avere la verità assoluta o la soluzione a tutti i problemi, ma con l'obiettivo di promuovere una discussione che porti a concreti cambiamenti per il bene dei bambini e il miglioramento della nostra professione.

In particolare abbiamo focalizzato la nostra attenzione su:

- il percorso formativo per diventare pediatri
- le opportunità lavorative una volta pediatri
- l'organizzazione della Pediatria ospedaliera
- la Pediatria di famiglia
- il dottorato di ricerca e la carriera universitaria
- la SIP, com'è e come la vorremmo

Ciò che è emerso è un'enorme disomogeneità sul territorio nazionale a tutti i livelli: sia che si guardi alle Scuole di Specializzazione (vedi dati ONSP, "Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria", www.onsp.it) che alla Pediatria di famiglia che differisce non solo in base al territorio, ma anche tra pediatri operanti nella stessa zona!

Inoltre vi è una grandissima disparità tra mole di lavoro, intensità delle cure, grado di responsabilità per livelli di assistenza, turni di lavoro (festivi e notturni, reperibilità ecc.) tra pediatri

che lavorano in ospedali di 1°, 2° o 3° livello.

Ci siamo confrontati anche sull'aspetto remunerativo e sarebbe auspicabile una seria riflessione e riorganizzazione, non solo in ambito ospedaliero, ma anche in riferimento alle differenze di trattamento tra pediatri ospedalieri/universitari e pediatri di famiglia.

L'ambito universitario, poi, rimane coperto da un alone di mistero e di insicurezza, senza alcuna forma di controllo, così che molti sono costretti ad andare all'estero e difficilmente riescono poi a tornare.

In relazione a quanto emerso, abbiamo individuato alcuni punti che ci sembrano più urgenti da affrontare.

SCUOLE DI SPECIALITÀ

Esiste una profonda disparità formativa nelle diverse Scuole di Specializzazione, non vi sono elementi vincolanti e parametri di valutazione per le Scuole che rispettano gli standard formativi previsti dal Ministero (e dalla normativa europea) e quelle che non lo fanno, non vi sono organi di controllo efficaci.

Pertanto riteniamo sia opportuno, in collaborazione con la Conferenza dei direttori di Scuola e con l'ONSP:

1. realizzare la rete formativa per ogni specializzando;
2. attuare il Diploma Supplement nelle Scuole di Specializzazione;
3. definire un percorso formativo certificato che preveda una graduale acquisizione di responsabilità e autonomia con la supervisione di un tutor;
4. prevedere la rotazione attiva di almeno 3 mesi in tutte le specialità pediatriche e la possibilità di scegliere il biennio elettivo, anche cambiando scuola o andando all'estero;
5. stimolare un'esperienza all'estero di almeno 6 mesi;
6. chiudere le Scuole che non rispondono agli standard formativi previsti per legge o accorparle nella rete formativa.

Suggeriamo inoltre la promozione di un'indagine *ad hoc* tra tutti gli specializzandi in Pediatria per conoscere la reale qualità della formazione che viene offerta ai pediatri di domani e la realizzazione di una scheda di verifica annuale di quanto ciascuna scuola offre all'insegna dell'eccellenza.

Promuovere la possibilità di far ruotare gli specializzandi a seconda dei campi di interesse e non legati al mantenere il funzionamento del reparto dove si sono laureati.

PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Tra il pediatra di famiglia, il bambino e la sua famiglia si crea un rapporto piuttosto lungo e duraturo nel tempo e molto spesso al pediatra è chiesto di intervenire nella gestione della patologia cronica e del bambino multiproblematico in tutti i suoi aspetti (medico, assistenziale, sociale ecc.) e di instaurare un dialogo continuo con la scuola, i servizi sociali e tutte le altre figure professionali coinvolte.

La formazione dovrebbe essere differenziata (almeno nell'ultimo periodo della scuola di specialità) per chi decide di svolgere l'attività ambulatoriale pediatrica sul territorio rispetto al pediatra che decide di lavorare in ospedale e dovrebbe prevedere obbligatoriamente un periodo di formazione presso l'ambulatorio di un pediatra di famiglia.

Oltre all'acquisizione di una competenza medica di base, l'insegnamento deve essere volto ad acquisire competenze che riguardino la gestione e l'organizzazione dell'ambulatorio, la modalità di prescrizione e la validità delle prescrizioni, la gestione dei rifiuti sanitari, i rapporti con l'ASL e il Distretto di appartenenza, l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, la gestione del paziente cronico e inoltre la capacità di programmare ed eseguire le vaccinazioni, gli screening uditivi, oculistici, ortopedici per la scoliosi, la displasia congenita delle anche ecc.

È fondamentale inoltre l'insegnamento e l'apprendimento di modalità di relazione basate sulla capacità di ascolto, dialogo e comunicazione, il *counselling*, la relazione d'aiuto, la relazione empatica, per meglio comprendere la richiesta del paziente e ottimizzare la risposta.

L'attività del pediatra del territorio non deve sovrapporsi a quella dell'ospedale, ma integrarsi con essa ed esserne complementare in termini di orari, accessibilità all'ambulatorio e tipologie di intervento. È fondamentale creare una rete assistenziale concordata tra territorio e ospedale. Ci deve essere uno stretto dialogo tra pediatra del territorio e pediatra ospedaliero per concordare i ricoveri e gli invii in ospedale, evitare i ricoveri inutili, decidere un follow-up condiviso e scoraggiare l'accesso indiscriminato del paziente a più strutture sanitarie nella stessa giornata (se non per patologia grave o peggioramento clinico). È opportuno promuovere momenti di incontro tra pediatri territoriali e ospedalieri dove concordare delle linee guida comuni in modo che ci sia uniformità di trattamento nello stesso ambito territoriale, nella gestione delle più comuni patologie e/o di situazioni come per esempio la gestione del neonato dimesso, il follow-up della patologia acuta ecc.

Come il Pronto Soccorso pediatrico non può essere considerato la via di facile accesso all'ospedale, perché è gratuito e sempre aperto, così il pediatra territoriale non può divenire un me-

ro "prescrittore" di ciò che è proposto dallo specialista e dal medico ospedaliero; con la propria identità e un proprio ambito di operatività, deve integrarsi alle altre realtà assistenziali esistenti.

Favorire e promuovere l'associazionismo tra i pediatri di famiglia dello stesso distretto o, dove possibile, la Pediatria di gruppo, garantendo una copertura assistenziale durante tutta la giornata e scoraggiando gli accessi impropri al Pronto Soccorso (verificando e analizzando per pediatra gli accessi/mese, al fine di individuare le criticità e proporre soluzioni); permettendo inoltre la collaborazione e il confronto tra i diversi pediatri dello stesso ambito che spesso, nelle realtà di provincia e di campagna, nonché nelle zone più disagiate, svolgono da soli il loro lavoro su un territorio molto vasto, senza supporto e con a carico un grande numero di assistiti.

Si deve forse pensare, per un prossimo futuro, a una diversa organizzazione della Pediatria territoriale, dove si dia maggiore spazio a poliambulatori pediatrici accentrati, con più pediatri che garantiscano l'assistenza primaria durante tutta la giornata, con la presenza di una collaboratrice-segretaria, un'infermiera e la possibilità di svolgere le visite di routine, piccole procedure-esami diagnostici ecc.

Per ultimo anche la guardia medica o il servizio di continuità assistenziale che opera di notte o durante i festivi si deve integrare con la Pediatria territoriale e la realtà ospedaliera ed essere adeguatamente formato per avere competenze in ambito pediatrico.

Sicuramente è necessaria una riflessione sugli aspetti organizzativi, ma è emersa ed è stata accolta da tutti molto positivamente la possibilità per il pediatra di famiglia di svolgere la sua attività per un periodo dell'anno (ad esempio un mese) all'interno dei reparti di Pediatria, anche quelli della Pediatria specialistica, allo scopo di implementare la collaborazione ospedale-territorio e dare un'ulteriore occasione di aggiornamento reciproco.

Un'altra proposta è quella della certificazione di "aggiornamento scientifico" per il pediatra di famiglia con una sorta di "bollino SIP" quale garante dell'aderenza scientifica in tutte le attività (da definire le modalità con cui concederlo! Su richiesta, a sorpresa, dopo adeguato iter di formazione-informazione, anche a livello della popolazione).

PEDIATRIA OSPEDALIERA

La realtà ospedaliera italiana non dispone attualmente di un sistema che valorizzi le professionalità acquisite; la formazione e l'aggiornamento scientifico vengono demandati alla sensibilità del singolo e non vengono tenuti in alcun conto nell'organizzazione dell'attività ospedaliera né tantomeno ai fini della carriera professionale.

Riteniamo utile che la SIP possa intervenire nello stimolare le Aziende a garantire che i medici operanti a qualunque titolo all'interno di essa siano sottoposti periodicamente a un programma di aggiornamento scientifico definito da una commissione scientifica qualificata.

Il sistema della formazione continua, attraverso la collezione di crediti formativi con la partecipazione a congressi o corsi individuati sulla base dei singoli interessi, non ha dimostrato

essere un fattore determinante nel migliorare la formazione pediatrica.

Riteniamo opportuno stimolare e favorire l'interscambio culturale fra le diverse realtà ospedaliere in Italia e all'estero.

La frequenza presso le strutture pediatriche di riferimento, in Italia e all'estero, può rappresentare un fattore determinante nel migliorare la crescita culturale oltre che fondamentale per evitare l'isolamento culturale delle realtà ospedaliere minori e garantire un livello di assistenza adeguato a tutti i livelli sul territorio nazionale.

Riteniamo che l'organizzazione del lavoro all'interno dell'Azienda debba tener conto di tale esigenza e debba essere garantita la possibilità di espletare periodicamente parte della propria attività lavorativa presso strutture di riferimento.

Come già menzionato, vi è un'enorme divergenza circa le modalità di approccio diagnostico-terapeutico nelle diverse realtà del nostro Paese. Riteniamo sia un compito della SIP promuovere ogni attività finalizzata a uniformare l'approccio clinico a livello nazionale, anche attraverso la stesura, la diffusione e la verifica dell'applicazione di linee guida ben definite, valorizzando le eccellenti risorse presenti nella Pediatria italiana nelle sue componenti universitarie, ospedaliere e di Pediatria di famiglia.

Proposte

1. Chiusura dei reparti di Pediatria di 1° livello, trasformandoli, a seconda delle esigenze delle Aziende ospedaliere e del territorio, in ambulatori o Day Hospital.

2. Portare a conoscenza della popolazione la struttura della "rete pediatrica", per quanto riguarda: punti nascita, Pronto Soccorso pediatrico, Centri di riferimento regionale per patologia, rete dei pediatri di famiglia. In tutto questo trovano un ruolo cruciale le sezioni regionali della SIP.

3. Chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti/anno.

4. Differenziazione degli stipendi, o introduzione di incentivi, in base alla vera e ponderata attività lavorativa, modificando perciò la semplice distinzione di dirigente medico di 1° o 2° livello, ma rispettando la mole e la tipologia di lavoro (turni di notte, festivi, reperibilità con numero di chiamata/turno, attività in reparti di emergenza o di cure intensive), la gravità delle patologie trattate e i livelli di assistenza.

5. Realizzazione su tutto il territorio di un servizio di trasporto neonatale.

6. Certificazione di "aggiornamento scientifico" per reparti di Pediatria, con una sorta di "bollino SIP" quale garanzia dell'aderenza scientifica in tutte le attività (da definire le modalità con cui concederlo! Su richiesta, a sorpresa, dopo adeguato iter di formazione-informazione, anche a livello della popolazione).

DOTTORATO DI RICERCA - PEDIATRIA UNIVERSITARIA

Il dottorato di ricerca costituisce una delle "possibili strade" che si possono intraprendere dopo aver conseguito la specializzazione in Pediatria.

Per comprendere quale sia il valore di questo percorso non si deve mai dimenticare quello che è l'obiettivo del dottorato di ricerca: formare dei professionisti capaci di condurre un'attività scientifica di qualità. Fatta questa premessa, emergono

tutte quelle che sono le "problematiche aperte" di questo percorso universitario che richiederebbe una maggiore attenzione da parte delle Istituzioni, soprattutto in termini di riforma dello stesso e alcune semplici proposte potrebbero "ridare dignità" al troppo spesso trascurato dottorato di ricerca:

1. Valutazione del proprio progetto di ricerca di dottorato concordato con il proprio tutor con rigide verifiche annuali degli obiettivi raggiunti.

2. Fornire a tutti i dottorandi gli strumenti di ricerca minimi quali computer, accesso a riviste scientifiche *full text*, corsi di inglese scientifico, di statistica e quant'altro venga ritenuto utile ai fini della produzione scientifica, di livello tale da poter consentire al dottorando di portare avanti la propria attività di ricerca in autonomia.

3. Affidare ai titolari di dottorato di ricerca ore di lezione limitate (sotto la supervisione del tutor) rivolte a studenti in Medicina e Chirurgia o Facoltà affini e specializzandi, considerato che quelli che poi riusciranno a diventare ricercatori si dovranno confrontare quotidianamente con la didattica (attualmente questa opportunità è vietata dal regolamento).

4. Prevedere, durante la frequenza del dottorato, un periodo di formazione all'estero con precisi obiettivi di ricerca e risultati da raggiungere.

5. Concordare con i docenti del Collegio dei docenti del dottorato di ricerca un programma di lezioni adeguato alle recenti acquisizioni delle diverse subspecialità.

6. Ultimo punto, ma non meno importante, riguarda il trattamento economico: se un dottorando "vale" 900 euro al mese, allora questo è il simbolo di quale attenzione si dà al ruolo di chi dovrebbe portare nuove energie ed entusiasmo nella ricerca pediatrica in Italia.

Sarebbe inoltre opportuno, prima di indirizzare un giovane verso il dottorato e una possibile carriera universitaria, fare con il direttore della Scuola un piano di carriera, cioè valutare se, raggiunti un certo numero di obiettivi, ci sarà o meno uno sbocco universitario concreto.

Ovvero sarebbe auspicabile evitare di stimolare i giovani alla ricerca di lunga durata se alla base non vi sono possibilità concrete.

Solo se si consentirà ai dottorandi di avere gli strumenti adeguati alla nuova realtà della ricerca in campo pediatrico e si comincerà anche con norme rigide a premiare il merito, allora si potrà rilanciare questa figura di "giovani e precari ricercatori", troppo spesso dimenticati, e sarebbe motivo di orgoglio che tutto questo fosse promosso proprio dalla Pediatria.

Per chi invece è già affermato nella Pediatria universitaria, riteniamo sia significativo che solo nel nostro Paese il titolo universitario sia a tempo indeterminato e non sottoposto ad alcuna verifica. Riteniamo fondamentale, affinché la ricerca in Italia sia stimolata, che il titolo universitario abbia una validità limitata nel tempo, cinque anni per esempio, come accade in molti Paesi, al termine dei quali il professionista dovrà presentare i risultati ottenuti a una commissione indipendente che potrà decidere se confermare l'incarico o revocarlo.

Sarebbe doveroso inoltre rendere pubbliche le proprie eccellenze e quindi divulgare (*on line* sul sito dell'Università o su un sito creato *ad hoc* dalla SIP o dalle Regioni) la produzione scientifica (totale di *impact factor*/anno), l'ambito di eccellenza dell'attività di ricerca, le collaborazioni internazionali.

È opportuna poi una verifica delle modalità con le quali si acquisisce il titolo di Professore, anche se questo è un ambito che non riguarda solo la Pediatria, ma potrebbe proprio la Pediatria promuovere un processo di modernizzazione e di trasparenza nell'ambito universitario.

BAMBINI AD ALTA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

Ci siamo soffermati a lungo, e in modo particolare, sulla realtà di questi bambini e sulle loro famiglie, poiché il miglioramento delle conoscenze scientifiche ci ha già portato, e lo farà sempre di più, a trovarci a portare la nostra assistenza a bambini con malattie rare, con patologie croniche, con patologie invalidanti, con patologie e malformazioni congenite, pluriperati e con insufficienze d'organo multiple. Quello che succede oggi è che questi bambini, e soprattutto le loro famiglie, si sentono troppo spesso sole e abbandonate, avendo come unico punto di riferimento il Centro specialistico di 3° livello e a volte un unico medico competente per la specifica malattia. Centri di 3° livello che spesso non hanno le risorse per garantire a tutti un'assistenza dignitosa e tutto quanto spetta loro di diritto. Molto spesso il confronto con le ASL è addirittura un ostacolo e manca completamente quello con il pediatra di famiglia.

Riteniamo doveroso trovare quanto prima le migliori soluzioni assistenziali che siano capaci di guardare alla totalità della vita quotidiana di questi bambini, individuando percorsi specifici nel territorio che aprano le porte, agevolino la burocrazia, riducano i disagi e diano assistenza ai genitori e alla famiglia intera che ruota attorno al bambino.

In questo senso auspichiamo una proficua collaborazione tra Centro specialistico, ospedali di 2° livello e Pediatria di famiglia, supportati però dal punto di vista politico, mettendo a disposizione risorse e spazi.

BAMBINI CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E DI CURE PALLIATIVE

Anche a questi bambini volevamo dare un peso e uno spazio specifico, considerandoli una priorità per la futura SIP e per ogni singolo pediatra. In Italia oggi vi sono solamente delle singole realtà che riescono a dare una risposta a questi bambini, sicuramente sono molto poche e manca una formazione specifica in proposito.

La proposta è quella di creare in ogni Regione un sistema di assistenza domiciliare pediatrica e di cure palliative pediatriche che coordini gli interventi sul territorio in collaborazione con i Centri specialistici. Sono perciò necessari spazi (vedi ad esempio gli hospice pediatrici e molte altre esperienze) e personale formato, medico e infermieristico oltre a quello di amministrazione.

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA

La SIP dovrebbe riconquistare quel ruolo di riferimento scientifico per tutti i pediatri italiani, di garante della scienza pedia-

trica italiana, così da recuperare credibilità e autorevolezza a livello sia nazionale (migliorando la comunicazione con la popolazione e le istituzioni) che internazionale, dato che pediatri italiani illustri sono riferimento in molte parti del mondo.

Per fare questo ovviamente necessiterà dell'eccellenza di tutte le sue componenti: universitaria, ospedaliera e di famiglia, senza voler prevaricare su nessuno, ma unendo le specifiche competenze.

Oltre alla parte scientifica, dovrebbe recuperare anche autorevolezza nella politica sanitaria, senza acquisire una dimensione sindacale, ma partendo da fondamenti scientifici, internazionalmente riconosciuti, sapersi porre come interlocutore con le autorità politiche, e nelle scelte strategiche e nei piani sanitari nazionali e regionali.

Vorremmo una SIP più operativa e comunicativa, più presente nel territorio, con un'ottima struttura e collaborazione SIP nazionale - SIP regionale.

Siamo convinti che una voce forte della Pediatria italiana aiuterebbe anche nel rapporto con i genitori, migliorerebbe il sentirsi "presi in carico", il sapere che i propri bambini sono tutelati nella loro salute al meglio e che ogni singolo pediatra, ospedaliero, di famiglia o universitario che sia, ne è il rappresentante e garantisce a ogni bambino il massimo di salute scientificamente possibile.

Proposte

1. Unificazione dei congressi di Pediatria in un'unica "Settimana della Pediatria Italiana", in cui riunire tutte le Società specialistiche, e dando la possibilità di acquisire tutti i crediti necessari alla formazione. Con una validità triennale in modo da dare a tutti i pediatri la possibilità di partecipare a rotazione, senza scoprire ospedali e ambulatori.

2. Riduzione drastica delle Società affiliate alla SIP, trasformandole in commissioni o gruppi di lavoro, con alto carattere di operatività, senza necessità di quota di iscrizione, senza convegni annuali specifici e senza ennesime riviste, i cui articoli di eccellenza e di aggiornamento potrebbero tutti andare nell'unica rivista ufficiale della SIP e tutti gli altri potrebbero essere semplicemente messi *on line*. Mantenendo solo le Società scientifiche specialistiche d'organo e quelle che più hanno contribuito dal punto di vista scientifico alla crescita della Pediatria italiana.

3. Valorizzazione delle Sezioni regionali SIP quali organi operativi dei programmi SIP nazionali e garanti dell'attuazione scientifica a livello territoriale. Riteniamo che in questo modo ci sarebbe anche una maggiore incisività a livello locale-regionale data l'attuale realtà italiana che, anche in ambito sanitario, è volta alla regionalizzazione.

4. Modificazione dell'elezione del presidente e del direttivo SIP nazionali: eletti dalle sezioni SIP regionali con numero di votanti (presidente e direttivo SIP regionale) proporzionato al numero di pediatri per Regione.

5. Possibilità di eleggere il presidente e il direttivo a esso collegato in modo congiunto, così da dare la massima operatività a ogni presidente e direttivo SIP, che verranno valutati, nell'arco del loro mandato, dai risultati ottenuti.

6. Possibilità per il presidente e il direttivo di essere rieletti.

7. Presenza a livello del direttivo SIP, a titolo consultivo, di uno specializzando scelto dagli specializzandi.

8. Verifica dei curricula dei docenti di Pediatria, con pubblicazione sul sito della SIP.

9. Realizzazione di un'unica rivista scientifica della SIP, lasciando la parte di comunicazione e di informazione per i pediatri al sito internet o a un cartaceo molto semplice.

10. Mantenimento del riferimento scientifico in tutte le branche della Pediatria, anche nella medicina d'urgenza e nell'adolescenza.

11. Promozione di ricerca scientifica mediante verifica dei dottorati di ricerca in Pediatria, promozione anche con finanziamenti di borse di studio per giovani pediatri. Realizzazione di una *summer school*.

12. Intervenire a livello politico per sbloccare le opportunità lavorative! No ai contratti libero - professionali.

13. Pubblicazione di posti carenti, sia di Pediatria di famiglia che ospedalieri, sul sito SIP.

14. Collaborare/incontrare le associazioni di malattia, i genitori dei bambini.

15. Programmare i bisogni di pediatri e di pediatri specialisti per il futuro.

Obiettivo di questo documento è costituire uno strumento di proposta e di confronto per tutti i pediatri desiderosi di migliorare la salute dei bambini, in particolare per il nuovo direttivo SIP che è stato eletto il 29 novembre 2009. Pertanto il documento, nella stesura definitiva e con le sottoscrizioni dei pediatri, giovani e meno giovani, e degli specializzandi in Pediatria che lo condividono, è stato consegnato al nuovo presidente SIP e ai componenti del nuovo direttivo SIP.

Il documento è stato elaborato dai seguenti pediatri:

- Paola Sabrina Buonuomo, *UO Reumatologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*
- Valerio Cecinati, *Oncoematologia Pediatrica, Policlinico di Bari*
- Angelo Di Giorgio, *UOC Pediatria e Neonatologia, Azienda Ospedaliera di Caltagirone (Catania)*
- Giovanni Filocamo, *Pediatria II - Reumatologia, IRCCS G. Gaslini, Genova*
- Mario Giuffrè, *UO Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale, Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo*
- Antonella Insalaco, *UO Reumatologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*
- Barbara Schiavo, *Pediatra di famiglia, Pompiano (Brescia)*
- Vincenzo Rametta, *UOA Pediatria-Patologia Neonatale, Ospedale Cittadella, Padova*
- Mirco Ros, *UO Pediatria, Ospedale Ca' Foncello, Treviso*
- Michele Salata, *UOC Pediatria Generale, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*
- Luigi Titomanlio, *Dipartimento di Emergenza Pediatrica, Ospedale Universitario R. Debré, Parigi*
- Mara Zambruni, *Pediatra, Ministero degli Affari Esteri, Mozambico*

Giovani Pediatri per la Pediatria

e-mail: giovanipediatri@yahoo.it

<http://giovanipediatriperlapediatria.blogspot.com>
