

Valutazione dell'organizzazione dell'attività ambulatoriale dei pediatri di famiglia

Cosa è cambiato in 15 anni

ROBERTO BUSSI, VITALIA MURGIA, FRANCO PISETTA

Pediatri di famiglia APREF (Associazione per la Ricerca e la Formazione in Pediatria)

Cos'è cambiato? È ormai quasi uno slogan, una domanda alla quale è difficile sfuggire: guardarsi indietro per riconoscere il cammino professionale percorso. Questa rivalutazione dei cambiamenti che si sono verificati nelle cose e nei modi dell'attività del pediatra nel giro di 20 anni riguarda invero solo un campione, non piccolo, ma forse privilegiato e un poco elitario, quello dei pediatri padovani associati all'APREF. Tuttavia, e non soltanto come stimolo e modello, è una autovalutazione ricca di contenuti.

PREMESSA

Nel 1988 un gruppo di “pediatri di libera scelta” della provincia di Padova, che già da tempo si riunivano per chiarire i propri dubbi e per confrontarsi fra loro, decisero di costituire un'Associazione culturale denominata APREF, tra le prime in Italia. L'analisi dell'attività e dei sistemi di organizzazione del lavoro ambulatoriale fu uno dei primi obiettivi che l'APREF scelse di perseguire. Per poter meglio analizzare l'attività ambulatoriale, fu avviato un processo di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità)¹. I risultati di questa attività permisero di avere un quadro chiaro e analitico della realtà e delle problematiche dell'organizzazione dell'attività ambulatoriale esistenti².

Oltre a questo, si decise di sviluppare la “cartella clinica”, in una prima fase in forma cartacea, uno strumento per migliorare la registrazione dei dati e rendere omogeneo il modo di codificare le diagnosi, dopo un processo di condivisione dei criteri diagnostici tra i vari pediatri.

Sono passati 20 anni da allora e i pediatri di famiglia (PdF) dell'APREF hanno percorso un lungo cammino, disseminato di momenti di aggiorna-

ASSESSMENT OF FAMILY PAEDIATRICIANS' OUTPATIENT ORGANIZATION (*Medico e Bambino* 2010;29:307-312)

Key words

Family paediatrician, Professional activity, Support activity

Summary

The professional growth of a group of paediatricians, members of the APREF Association of Padua (Italy), which can be considered representative of the current situation in Veneto Region compared to the same evaluation carried out in 1992, has been assessed and the professional activities seem to have undergone a relevant change in the last 15 years. The use of clinical records on electronic work-sheets is now common, the surgeries have become more comfortable to welcome children and parents and are more equipped for self-help, and the paediatricians are often supported by a secretary or a nurse. The number of hours of availability to take calls from parents has increased with the sensibility to privilege the response to really urgent visits and so has the will to get organized in order to set up surgeries with associations or groups of paediatricians. Paediatricians have shared timing and competences to carry out more and more evolved prevention activities during the growth and health check ups, particularly in ophthalmology. Therapeutic and diagnostic procedures have been shared and agreed upon. Paediatricians have also worked a lot on continuous support activities, on the computerization of the activities of paediatricians, on primary activities and second level services, and on the offer of services within the ADI (integrated home assistance service). The challenge for the future is improving the assistance to situations that are becoming more and more common: behavioural disturbances, learning difficulties in children with pathologic conditions, immigrant children etc. It will be necessary to work very hard in order to provide better responses to the requests of patients with special needs by improving the filtering system to face the increase in requests for minor problems.

mento/formazione e ricerca, teso ad adattare e a migliorare l'offerta di servizi primari rivolta ai bambini assistiti³.

In occasione della ricorrenza del 20° anniversario della nascita dell'As-

sociazione, si è voluto rivalutare sia le modalità di “vivere” la professione di pediatra di famiglia sia i sistemi di organizzazione dell'attività ambulatoriale. Questo per verificare le variazioni

intercorse nel tempo, legate anche alla necessità di adattare l'attività professionale alle mutate necessità assistenziali e ai nuovi "bisogni di salute" di genitori e bambini. La valutazione è stata fatta con lo stesso strumento. Questo è stato leggermente modificato per renderlo adatto a raccogliere i dati sulle nuove strumentazioni di "self help" ambulatoriale e alle variazioni dei compiti professionali del PdF verificatesi nel corso di questi 20 anni, grazie al succedersi di diversi accordi nazionali e regionali.

Lo studio è stato condotto nell'autunno 2007; i risultati sono stati presentati in occasione del Convegno "Ricerca e Formazione in Pediatria, vent'anni di esperienze", tenutosi ad Abano Terme (Padova) il 24 maggio 2008. Prima di illustrare i dati e le riflessioni che emergono dalla loro lettura, è indispensabile fare alcune considerazioni su quanto sia cambiato, nel corso di 20 anni, il contesto in cui lavorano i PdF.

In 20 anni, a una popolazione demografica in netto calo (dal milione di nati/anno negli anni '60 si è passati a meno di 600.000 odierni, con un tasso di natalità dal 18,4 al 9‰) è corrisposto un netto aumento dello stato di salute dei bambini; il benessere sociale, le vaccinazioni di massa e la prevenzione hanno fatto sostanzialmente diminuire la morbilità grave, con riduzione costante della mortalità infantile. Nel contempo, ai cambiamenti del contesto sociale e al crescere dell'immigrazione è corrisposta un'evoluzione importante della richiesta di cure.

Gli accessi al Pronto Soccorso sono aumentati del 400% (con una percentuale di codici bianchi o verdi del 90%): questo, nonostante il PdF abbia adottato modalità di lavoro sempre più orientate a risolvere tale fenomeno^{4,5}, e quelli al PdF del 300% (un pediatra al massimale ha circa 5500-6000 accessi per anno).

I numeri sono solo un aspetto del fenomeno, perché la richiesta di cure è cambiata non solo quantitativamente, ma soprattutto qualitativamente. I "nuovi bisogni" sono causati in particolare dal fatto che a malattie sempre più banali corrispondono una sempre

minore "tolleranza" e capacità di gestire i problemi da parte della famiglia. I disturbi, anche comuni e banali del bambino, vengono vissuti come eventi quasi inaccettabili, con richiesta di soluzioni immediate.

Nel frattempo, come già accennato, la pediatria di famiglia si è evoluta. Partendo da una professione creata sulla carta, *ope legis*, i PdF hanno costruito lentamente un "profilo professionale" sempre più ricco di compiti. Dagli anni '90, in cui l'attività di diagnosi, cura e prevenzione veniva svolta dal singolo pediatra secondo modalità da lui stesso stabilite, si è arrivati nel 2001 a una razionalizzazione e omogeneizzazione degli interventi dei PdF grazie alla formulazione del "Progetto Salute Infanzia" (piano complesso di interventi preventivi in età evolutiva)⁶ e del "Progetto Cure Primarie" (piano complesso di interventi composto da percorsi diagnostico-terapeutici condivisi)⁷.

Nel frattempo il numero dei PdF del Veneto è cresciuto, dal 1992 a oggi, del 28% mentre il numero di bambini a cui loro prestano assistenza è aumentato del 48% (Tabella I).

OBIETTIVI DELLO STUDIO

- Analizzare le diverse tipologie di organizzazione dello studio del PdF e la sua attività mediante un questionario proposto ai soci APREF.
- Verificare i cambiamenti nel tempo, confrontando i dati ottenuti con un questionario molto simile proposto ai soci 20 anni fa.
- Studiare le tipologie di richieste di prestazioni al PdF nella settimana

dal 19 al 24 novembre 2007 e confrontarle con una settimana dello stesso periodo di 15 anni fa.

STRUMENTI

Ai soci APREF presenti a uno dei regolari corsi di formazione svolti dall'Associazione è stato distribuito un questionario composto da 74 domande; lo stesso è stato inoltre spedito per posta elettronica a chi era assente in quell'occasione. Il *Box 1* riporta in sintesi gli argomenti indagati. Inoltre, nel corso di un'intera settimana di attività, è stata condotta una rilevazione puntuale delle diverse tipologie di prestazioni effettuate. Sono state usate delle schede che permettevano di registrare, giornalmente, il numero e la tipologia delle visite ambulatoriali, delle visite domiciliari e delle telefonate.

L'analisi di questi dati ha permesso di disegnare il profilo di attività di un pediatra-tipo. La settimana prescelta per la rilevazione è stata quella dal 19 al 24 novembre 2007.

RISULTATI

Hanno risposto al questionario 80 (70%) dei 115 dei pediatri iscritti all'APREF, con una percentuale pressoché sovrapponibile a quella dei pediatri che risposero al questionario distribuito nel 1992 (79%). Il 72% dei pediatri sono donne; è interessante osservare che oltre la metà dei pediatri ha un'età superiore ai 50 anni e che l'82,5% ha un'anzianità di servizio di oltre 10 anni.

Il 18% lavora in città, il 37% in paesi

PROGRESSIONE NEGLI ANNI DEL NUMERO DI BAMBINI ASSISTITI DAL PEDIATRA DI FAMIGLIA				
Anno	1992	1997	2003	2006-07
Bambini 0-13 anni residenti in Veneto	565.147	541.955	592.307	605.000
N° pediatri	410	492	543	558
Assistiti	274.857	372.534	481.922	519.425

Tabella I

Box 1 - ARGOMENTI INDAGATI DAL QUESTIONARIO

- Caratteristiche strutturali dello studio
- Eventuale presenza di personale di supporto
- Modalità di risposta alle richieste che giungono per telefono
- Utilizzo del telefono come strumento di filtro delle richieste di visite ambulatoriali
- Modalità di erogazione delle visite
- Dotazione degli strumenti di self help dello studio
- Partecipazione a forme associative previste dagli accordi (Pediatría di gruppo, Pediatría in associazione e Pediatría in rete)
- Fonti di aggiornamento/formazione
- Apprezzamento sulle attività di formazione e ricerca svolte con regolarità dall'APREF

con una popolazione inferiore ai 10.000 abitanti, il 45% in paesi con oltre 10.000 abitanti.

Rispetto al 1992, si osservano una maggiore diffusione sul territorio, anche in paesi con pochi abitanti, e un invecchiamento dei pediatri. Quest'ultimo dato fa emergere un problema di ricambio generazionale. Infatti, il basso numero di pediatri che viene licenziato dalle scuole di specializzazione non basterà in un prossimo futuro a garantire la copertura delle zone carenti a causa del pensionamento dei PdF.

Dai dati emerge che un numero sempre più basso di pediatri lavora da solo (45%), mentre sono in rapido aumento le forme associative con altri pediatri (30%). Il restante 25% condivide lo studio con altri medici.

Nel 1998 "stime sindacali" riferivano, a livello nazionale, una frequenza di forme associative del 2%⁸⁻¹⁰; negli anni si è assistito a un trend in crescita che ha portato a un 5% nel 2000 (stime del Censimento Nazionale della PDG) e al 15% nel 2004^{11,12}.

La *descrizione della tipologia* dei locali adibiti a studio professionale evidenzia che gli ambienti sono sempre più accoglienti, con ampi spazi di attesa (il 19% degli studi ha due sale d'attesa), con un locale o almeno uno spazio dedicato alla segreteria (44%), con una o più sale da visita attrezzate con computer per ciascun medico (il 39% degli studi ne ha due), con doppi servizi (44%). Il 73% dei pediatri ha giocattoli in sala d'attesa o in studio per migliorare le modalità di accoglienza dei bambini. Nel 18% degli studi sono ancora pre-

sentì barriere architettoniche, in una buona percentuale di casi (69%) c'è disponibilità di parcheggio adeguato.

Dispone del *supporto di una segretaria/infermiera* il 74% dei pediatri, il 48% per 10-20 ore e il 34% per 20-40 ore settimanali. Il numero di ore di presenza della segretaria varia a seconda che il pediatra lavori da solo o in forma associativa.

Il 97% dei pediatri utilizza un personal computer (PC) per la registrazione dei dati dei pazienti. Nel 1992 il PC non era ancora considerato essenziale per sostituire la cartella cartacea, sembrava utile più che altro per la partecipazione ad attività di ricerca e lo usavano pochi pediatri.

L'*utilizzo di strumenti di self help*, per diagnosticare e/o monitorare alcune delle patologie, è in continuo aumento. In particolare è molto diffuso l'uso di test rapidi per la ricerca dello SBEA, per valutare le urine, e di strumenti per eseguire medicazioni (90-95% contro il 9,5% del 1992). Il 78-95% dei pediatri ha in studio e utilizza più di uno strumento per la valutazione oftalmologica (oftalmoscopio, paletta per cover test, Lang test, tavola ottotipica): questo come risultato di percorsi di formazione mirati alla crescita delle competenze, che sono stati organizzati nell'arco di 20 anni in collaborazione con il dott. Mario Angi della Clinica Oculistica dell'Università di Padova. E grazie anche all'impegno profuso dalla FIMP perché la Regione riconoscesse quanto è importante che i pediatri svolgano nell'ambito dei bilanci di salute una regolare attività volta all'identificazione pre-

coce dei bambini a rischio di seri problemi oftalmici.

L'utilizzo invece di alcuni strumenti legati ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT), quali quelli relativi all'OMA (otoscopio pneumatico), al lattante febbrile senza segni di localizzazione (strumento per la misurazione della PCR), all'asma (spirometro, spaziatori, PEF, ossimetro), è ancora limitato a una bassa percentuale di pediatri (20-30%). Questo molto probabilmente anche per una disomogenea applicazione dei PDT, OMA e lattante febbrile, nelle varie ASL della provincia. Un passo avanti, comunque, se si pensa che ancora nel 1998 era considerato un aspetto qualificante possedere in studio, come strumenti di self help diagnostico, lo stick urine e il test rapido per lo SBEA¹².

Una regolare attività di *educazione sanitaria* (ES)¹³ è ritenuta importante e viene svolta nei confronti dei singoli pazienti dal 100% dei pediatri. Per attuare interventi di ES il pediatra utilizza strumenti rappresentati da: riviste (54%), poster (30%), e le cosiddette "Linee Guida Anticipatorie" (76%). Di queste ultime si utilizzano soprattutto (82%) quelle elaborate dall'APREF stessa. Si tratta di 33 "informazioni per i genitori" che, in occasione dei 20 anni dell'Associazione, sono state riviste e inserite in un CD ROM distribuito a tutti i soci. Sviluppano sia argomenti di patologia (per esempio, la febbre, l'OMA, i disturbi del comportamento alimentare ecc.) sia le modalità per la corretta esecuzione da parte dei genitori di certi esami e terapie (l'urinocoltura, l'utilizzo dello spray con il distanziatore ecc.) sia infine alcuni aspetti fisiologici dello sviluppo del bambino e della vita quotidiana (i capricci dei primi 2 anni di vita, la televisione, l'adolescente e i suoi problemi, il bambino che non mangia ecc.). Questo tipo di strumento è molto utilizzato anche dall'*American Academy of Pediatrics*¹⁴ e la sua importanza nell'ambito dei percorsi di ES ai genitori è rimarcata in più di una pubblicazione sull'attività del pediatra di famiglia^{13,15,16}.

I dati del *sistema di ricevimento* evidenziano che è stato praticamente abbandonato l'accesso libero (12% nel

1992) a favore di quello su appuntamento (81%) e ad accesso misto (17%); la prenotazione delle visite viene fatta per il 60% dei casi dalla segretaria.

La risposta ai pazienti per telefono sembra pesare molto nel complesso dell'organizzazione dell'attività. Risponde in fasce orarie prestabilite il 58% dei pediatri (lo faceva l'81% nel '92), il 24% per tutto il giorno, il 49% offre una disponibilità di risposta con cellulare per tutto il giorno. L'87% dei pediatri ritiene di riuscire ad attuare un efficace filtro telefonico delle richieste di visita grazie all'attività svolta al telefono. Sicuramente il telefono è uno strumento utile per i contatti con la famiglia, pur con qualche limite. Infatti, la disponibilità telefonica è definita come pesante e disturbante per lo svolgimento dell'attività professionale quotidiana sempre e abbastanza spesso dal 50% degli intervistati. Questo anche perché le telefonate continuano a essere numerose e/o abbastanza numerose anche durante l'orario di visita per il 70% dei pediatri.

Secondo Ferrara e colleghi un pediatra trascorre da 1/4 a 1/8 del suo tempo al telefono, realizzando per questa via almeno un terzo dei suoi contatti con la famiglia. Per evitare il sovraccarico si dovrebbe insegnare ai propri pazienti le basi di un buon contatto telefonico, discutendone con i genitori già al primo incontro (come gli orari dell'accesso telefonico e le norme di comportamento relative a situazioni in cui il telefono potrà essere utilizzato)¹⁷.

Il numero delle visite domiciliari è nettamente diminuito, mentre nel '92 costituiva il problema più importante per il pediatra, spesso causa di contrasti con i genitori. Comunque l'88% dei pediatri si dichiara disponibile a svolgere la visita domiciliare in particolare nelle situazioni di disagio sociale (72%) o nel caso di bambini con stato generale compromesso (58% ora e 92% nel '92). Il 54% dei PdF considera la visita domiciliare utile per osservare l'ambiente in cui vive il bambino e il 66% degli intervistati la offre spontaneamente se ritiene sia necessaria.

È da notare inoltre che il 94% dei pediatri visita i bambini con situazioni di reale urgenza secondo un sistema di

accesso preferenziale, per cui questi casi precedono sempre quelli già in appuntamento.

Una nuova istituzione nell'ambito delle cure primarie è l'assistenza domiciliare integrata (ADI), un programma di visite domiciliari dedicato a pazienti che necessitano di controlli periodici dello stato di salute e che hanno difficoltà a recarsi allo studio del pediatra. Al momento della compilazione del questionario il 35% dei pediatri seguiva almeno un paziente in ADI. Tale esperienza viene giudicata dal pediatra come gratificante (19%), stancante (11%), molto coinvolgente emotivamente (26%) e impegnativa, soprattutto perché si hanno poche competenze specifiche (33%).

Come già visto, le forme collaborative fra pediatri, la pediatria di gruppo e l'Associazione sono state adottate da un'elevata percentuale di pediatri. Questa è considerata una modalità organizzativa qualificante anche perché permette di rispondere meglio ai bisogni dei pazienti¹⁸. La soddisfazione espressa dai pediatri per la pediatria di gruppo è maggiore (88% contro il 76%), probabilmente perché essa offre più opportunità di mettersi in rete (91%), di confrontarsi sui casi clinici (87%) e sugli aspetti organizzativi (96%).

Per il 36% dei pediatri la reperibilità del sabato è garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale, attivato a oggi in 2 ULSS su quattro della provincia di Padova; questa è una novità organizzativa importante nell'assistenza pediatrica territoriale rispetto al 1992.

Il questionario mette in evidenza un certo rapporto fra le modalità di organizzazione della attività professionale e la formazione organizzata dall'Associazione e specifica per il PdF. Il 91% dei soci è convinto che la partecipazione alle attività dell'APREF abbia influito sul suo percorso di sviluppo professionale continuo ed esprime a riguardo delle attività formative organizzate dall'Associazione una soddisfazione discreta nel 40% dei casi e molto soddisfacente nel 59%. Il 69% dei soci afferma persino che parteciperebbe a tutti gli eventi organizzati dall'APREF e un altro 39% a parte degli incontri, anche se non ci fosse l'obbligo dei crediti ECM.

Rilevazione dell'attività settimanale

Hanno partecipato 54 soci con una media di 990 assistiti. Si è valutata l'attività di una sola settimana di lavoro dei pediatri; la raccolta dati era finalizzata a valutare quale fosse il peso delle diverse tipologie di intervento (telefonate, visite per patologia acuta, per patologia cronica, bilanci di salute ecc.) nel complesso dell'intera attività del PdF. A differenza di quanto si pensava, non sono state riscontrate differenze significative nella frequenza delle diverse tipologie di interventi tra un giorno e l'altro della settimana, per cui si riferiscono solo le medie settimanali.

Come si vede dalla Figura 1, le prestazioni ambulatoriali effettuate con prenotazione riguardano per il 51% delle visite per problemi di patologia acuta e per controllo di patologia acuta; l'1% è rappresentato da visite urgenti, un altro 2% da follow-up di problemi cronici. I bilanci di salute e le prime visite hanno rappresentato il 18% dell'attività complessiva.

I nostri dati si differenziano nettamente da quelli di una rilevazione analoga svolta da pediatri calabresi nel 1997. In quel caso le visite per patologie acute erano il 36,1% (-19%). Differisce anche il dato delle prescrizioni e certificazioni (33% in Calabria; 14% nel nostro studio) e i controlli auxologici (30,4% in Calabria; 18%, comprensivo di bilanci di salute e prime visite, i nostri dati). Difficile dire se questo sia dovuto al passare del tempo o a differenti modalità organizzative e/o situazioni sociali. Probabilmente in Veneto si riesce a erogare i bilanci di salute con una frequenza aderente al calendario sancito dalla Regione Veneto perché sono diventati un momento privilegiato di incontro con i genitori, grazie anche alla condivisione di una serie di interventi preventivi e di educazione sanitaria che ha coinvolto i pediatri di tutta la regione. Meno comprensibile è la più alta percentuale di visite per patologia acuta (15%): maggiore morbilità per il clima? Genitori più apprensivi?¹⁹

Il lavoro al telefono è stato dedicato in gran parte all'attività di consulenza (38%), a fissare appuntamenti (43%) e

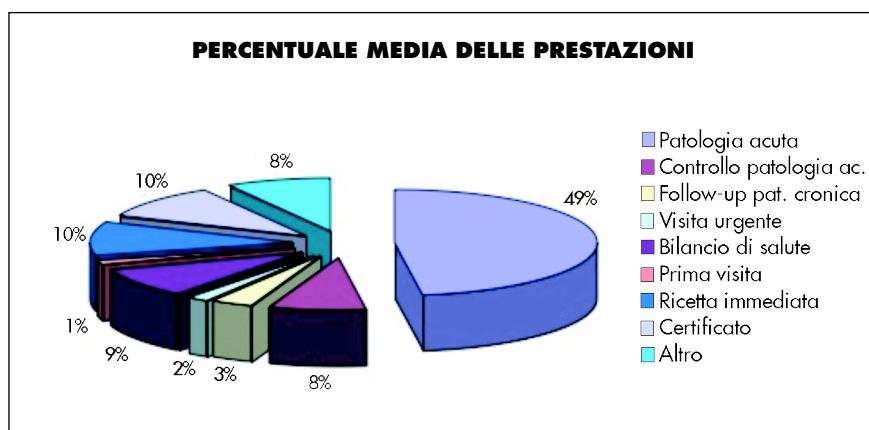


Figura 1. Prestazioni ambulatoriali (media settimanale).

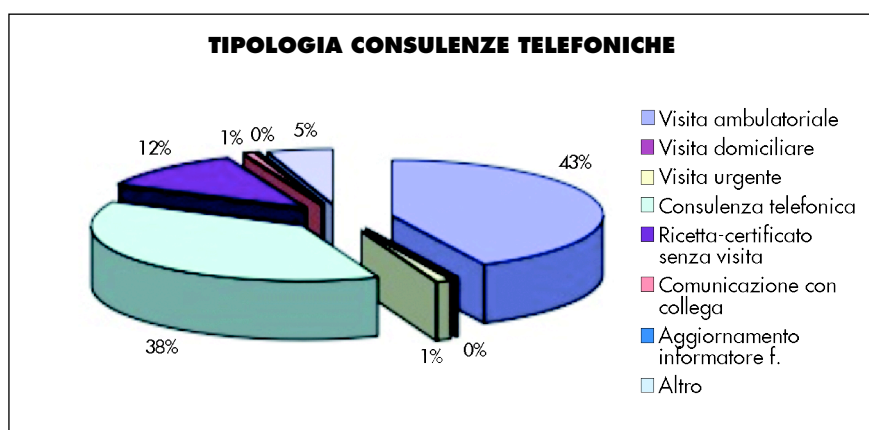


Figura 2. Tipologia delle telefonate (media settimanale).

alla ricezione di richieste di ricette e certificati (12%) (Figura 2).

DISCUSSIONE

Non ci sono molti dati recenti pubblicati sull'organizzazione del lavoro dei PdF²⁰⁻²².

Ci sembra pertanto importante diffondere i dati emersi da questa indagine conoscitiva come utile spunto di riflessione per tutti i pediatri, anche quelli che operano in contesti diversi dalla pediatria di famiglia. In questi 15 anni alla pediatria di famiglia sono giunte e giungono ancora, da parte della Sanità regionale del Veneto e del sindacato di categoria (FIMP), forti spinte al cambiamento. Questo in particolare per quanto attiene all'informatizzazione della cartella clinica, alla possibilità di avere l'aiuto di personale di segreteria,

alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e concordati. Ma anche all'erogazione di servizi nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, all'attuazione di interventi di continuità assistenziale, alla messa in rete dell'attività dei pediatri delle cure primarie con i servizi di secondo livello: tutti aspetti utili per migliorare la qualità delle cure erogate⁸⁻¹⁰.

Dall'analisi dei dati si rileva che i soci dell'APREF hanno cercato di adeguarsi al meglio a queste richieste. Sono migliorati in maniera molto significativa gli spazi e i tempi dedicati all'accoglienza dei genitori e dei bambini, il numero di ore di disponibilità telefonica, la sensibilità nel privilegiare la risposta alla richiesta di visite realmente urgenti, la voglia di organizzarsi per lavorare in pediatria di gruppo o in associazione.

Per contro, il 45% dei pediatri lavora

ancora da solo, con minori possibilità di confronto con i colleghi e di risorse per il self help. Non si è riusciti in alcun modo ad arginare il fenomeno dell'accesso improprio al Pronto Soccorso, che continua ad aumentare esponenzialmente anche a fronte della disponibilità di Servizi territoriali di Continuità Assistenziale. Come detto, permane una disomogenea applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici regionali nelle diverse ULSS, cosa che va a scapito sia dell'omogeneità dell'assistenza erogata sia della sua aderenza a quanto indicato dalle linee guida internazionali. È anche auspicabile e necessario condividere i percorsi diagnostico-terapeutici con i Pronto Soccorso e le divisioni di Pediatria, cosa che richiede la convinzione e la buona volontà nel dialogare e comunicare da parte di tutti gli operatori.

Occorre anche che vengano acquisite competenze specifiche per l'assistenza al bambino cronico multiproblematico, ambito in cui il PdF dovrebbe operare con un maggior confronto e coordinamento con le altre figure professionali coinvolte (ospedale, servizi di assistenza sociale, équipe territoriali ecc.).

Nell'ambito dei bilanci di salute, i pediatri hanno iniziato ad applicare interventi di prevenzione sempre più evoluti, acquisendo anche le conoscenze e le competenze per eseguire manovre e test utili a identificare precocemente bambini a rischio di problemi neuro-sensoriali. In particolare, in ambito oftalmologico, molti si sono dotati di tutti gli strumenti necessari a svolgere al meglio questa funzione.

Rispetto a 15 anni fa è aumentata in maniera importante la dotazione di strumenti di self help ambulatoriale: anche questo in sintonia con quanto di buono è stato fatto e pubblicato sull'argomento in ambito nazionale²³.

Lo studio appare molto più attrezzato di quanto lo fosse 15 anni fa per svolgere un'attività di diagnosi e di monitoraggio dei problemi: è auspicabile peraltro che aumenti ancora il numero di pediatri che decidono di adottare questi strumenti.

Una più ampia adesione dei pediatri alle varie forme associative permette

MESSAGGI CHIAVE

□ Negli ultimi 20 anni la natalità in Italia è scesa dall'1,8% (1.000.000 nati/anno) allo 0,9%. La morbilità grave è drammaticamente ridotta e la mortalità infantile e pediatrica sono ormai difficilmente comprimibili. Nel frattempo gli accessi pediatrici al Pronto Soccorso sono aumentati del 400% (90% codici bianchi) e quelli al PdF sono aumentati del 300% (5000-6000 accessi/anno per un massimalista).

□ Il numero dei PdF nel Veneto è cresciuto dal '92 a oggi del 28%, mentre il numero degli assistiti (verosimilmente per un aumento della quota preadolescenziale/adolescenziale) è cresciuto del 48%.

□ La rilevazione che costituisce la materia di questo contributo riguarda gli iscritti a una Associazione Culturale (APREF) della provincia di Padova, e dunque non può essere considerata un'istantanea perfettamente affidabile di cosa sia cambiato nella media della Pediatria di Famiglia: è piuttosto una immagine di nicchia, che comunque comprende 115 pediatri, di cui 80 (70%), per la maggior parte donne (72%), hanno risposto al questionario.

□ Il 74% dei PdF ha una segretaria/infermiera di supporto; il 97% usa il PC per la registrazione dei dati; il 95%

utilizza correntemente strumenti semplici di self-help (test rapido per SBEA, stick urine), ma pochi di meno (80-90%) utilizzano strumenti per la valutazione oftalmologica, e il 20-30% utilizzano anche strumenti per le funzioni uditive, e per una valutazione di parametri respiratori, oltre che test di laboratorio ematologici (PCR). Le forme di lavoro associato interessano il 30% dei pediatri.

□ Il 100% dei pediatri svolge un'attività sistematica di educazione sanitaria.

□ L'attività telefonica, diversamente organizzata e distribuita nella giornata, occupa da 1/4 a 1/8 del tempo di lavoro del PdF.

□ I dati del sistema di riferimento indicano che è stato praticamente abbandonato l'accesso libero.

□ L'88% dei pediatri è disponibile a effettuare la visita domiciliare, il 66% la offre spontaneamente se la ritiene necessaria, il 54% la ritiene utile anche per conoscere l'ambiente in cui vive il bambino. Il 35% dei PdF segue almeno un bambino nell'ambito del programma di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Per il 36% dei PdF la reperibilità del sabato è garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale, attivato in 2 ULSS su 4 nella provincia di Padova.

rebbe di dotarsi di più strumenti per l'esecuzione di test diagnostici rapidi o manovre strumentali. Il mercato sta rendendo disponibili strumenti sempre più efficaci e semplici da usare, la cui adozione da parte del singolo pediatra potrebbe essere però limitata dal problema dei costi, superabile in un sistema di pediatria di gruppo o di associazione^{9,17,23}.

Agli ambulatori sempre più aperti, alle fasce telefoniche sempre più ampie, alle competenze professionali sempre più evolute, si è accompagnato peraltro l'aumento esponenziale delle richieste di prestazioni da parte dei genitori. Talvolta questo rende difficile trovare il tempo per l'assistenza ad alcuni problemi importanti: disturbi comportamentali, bambino affetto da patologia cronica, disturbi dell'apprendimento, il bambino immigrato ecc. È

su questi problemi che forse si dovranno giocare le prospettive di cambiamento per gli anni futuri.

C'è necessità insomma di lavorare ancora per migliorare ulteriormente l'organizzazione, per rispondere meglio alle esigenze dei pazienti, in particolare quelli con bisogni speciali, e affinare i sistemi di filtro per far fronte all'aumentare delle richieste, e rapportarsi in maniera più collaborativa e proficua con gli altri servizi di assistenza al bambino.

In conclusione, non si può negare l'influenza esercitata dalle attività di formazione svolte dall'APREF sull'evoluzione positiva dell'organizzazione dell'attività professionale dei PdF iscritti all'Associazione.

Si ringraziano per la collaborazione S. Drago e P. Schievano.

Indirizzo per corrispondenza:

Vitalia Murgia

e-mail: vitalia.murgia@tin.it

Bibliografia

1. Donabedian A. L'ABC della quality assurance e del monitoraggio dell'assistenza primaria. Parte prima. Qual Assur Health Care 1989;6:18.
2. Bernuzzi M, Drago S, Funghi C, Gardini A, Murgia V, Schievano P. La valutazione delle cure ambulatoriali. RIP 1993;9:441-7.
3. Del Torso S, Bussi R, DeWitt T. Primary care pediatrics in Italy: Eighteen years of clinical care, research and teaching under a National Health Service System. 1997. Pediatrics 1997;99:E8.
4. Del Torso S, Meneghelli G. Il Pediatra di famiglia, il Pronto Soccorso e le "urgenze" pediatriche. Ospedale e Territorio 2000;2:107-8.
5. Chiamenti G. Pronto soccorso, urgenza-emergenza in ambito pediatrico: Il punto di vista del pediatra di famiglia. Bambino: Progetto Salute. Atti del IV Congresso Nazionale Gruppo di Lavoro della Pediatria Ospedaliera, 1996.
6. Murgia V. Il Progetto Salute Infanzia. Quaderni di Pediatria 2004;3:257-64.
7. Greco L (a cura di). Manuale di Qualità per la Pediatria di famiglia. FIMP-SIP-GSAQ-GPCP. Pacini Editore, 2004.
8. Tamburlini G (a cura di). Servizi sanitari per l'età evolutiva. Le proposte dell'Associazione Culturale Pediatri per un utilizzo ottimale delle risorse del SSN. Medico e Bambino 1998;17:44-59.
9. Calia E, Causa P, Venturelli L, et al. Pediatria di gruppo: a che punto siamo? Medico e Bambino 1998;17:33-6.
10. Causa P, D'Andrea N. La Pediatria di gruppo: un modello assistenziale in crescita. Sintesi del Focus group del 20 gennaio 2001, Reggio Calabria. Medico e Bambino 2001;20:249-51.
11. Caso G. Le forme associative. In: Elementi di Pediatria nel territorio. Edizione Gestì FIMP, 2005.
12. Venturelli L. L'attività dei pediatri di Bergamo: un'esperienza di pratica di gruppo. Medico e Bambino 1997;16:19.
13. Venturelli L, Caso G, Marengoni B. L'educazione alla salute in pediatria di famiglia. UTET, 2000.
14. American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines. III edition, 2007; <http://bright-futures.aap.org/about.html>.
15. Venturelli L, Caso G. L'organizzazione dell'attività del pediatra di famiglia: un passo dopo l'altro verso la qualità. Seconda parte. Medico e Bambino 2001;20:379-85.
16. Venturelli L. L'educazione alla salute. In: Elementi di Pediatria nel territorio. Edizione Gestì FIMP, 2005.
17. Ferrara D, Romano MR, Scalici E, Peratoner L. Il pediatra al telefono: audit e formazione permanente. Medico e Bambino 2001;20:95-8.
18. Ancona M, Duccoli D. Qualità percepita e pediatria di gruppo: avvio di una ricerca. Medico e Bambino 1999;18:427-32.
19. Rosso C, Russo M, Cammarota MG, Baserga M. L'attività del pediatra di base sul territorio calabrese. Medico e Bambino 1997;16:18.
20. Calia V. L'organizzazione del lavoro in pediatria di famiglia. UTET, 1999.
21. Murgia V. L'organizzazione dello studio del pediatra di famiglia. In: Elementi di Pediatria nel territorio. Edizione Gestì FIMP, 2005:219-31.
22. Brivio L. Gli strumenti di diagnosi e il self help. In: Elementi di Pediatria nel territorio. Edizione Gestì FIMP, 2005:245-51.
23. Caso G. Associazionismo fra pediatri: un passo avanti. Medico e Bambino 1999;18:433-5.