

Il pediatra al telefono: audit e formazione permanente

DANTE FERRARA¹, MARIA ROSARIA ROMANO², EDOARDO SCALICI³, LEOPOLDO PERATONER⁴

¹Pediatra di famiglia, Ausl 6, Palermo, ACP "Trinacria"

²Pediatra di famiglia, Ausl 6, Palermo

³Istituto di Medicina Legale, Università degli Studi di Palermo

⁴U O di Pediatria, Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli", Pordenone

È la sintesi di una giornata di lavoro dei pediatri di Palermo, divisa sostanzialmente in tre parti: una prima parte dedicata alle regole e alle opportunità della visita (al telefono), una parte, l'ultima, dedicata agli aspetti medico-legali, e un'altra, quella di mezzo, più lunga, dedicata a un tentativo di valutazione e autovalutazione della capacità di dare risposte adeguate e corrette al telefono (ma in realtà anche nella consultazione diretta). Questa parte di mezzo potrebbe essere anche usata dai lettori come esercizio autovalutativo.

Questo scritto è la sintesi di quanto emerso in un incontro di aggiornamento per i pediatri di famiglia, organizzato dalla D.I.STU.RI - FIMP a Palermo. Non si tratta, quindi, di una dissertazione sull'uso del telefono in generale, ma di un tentativo di valutazione, o più precisamente di autovalutazione, della possibilità, dell'utilità e dei limiti sull'uso dello strumento-telefono in alcune situazioni cliniche paradigmatiche, valutando, alla fine, non solo le proprie conoscenze cliniche, ma anche e soprattutto le modalità di comunicazione mediata dal telefono stesso.

LA STORIA DELLA CONSULTAZIONE TELEFONICA

Il 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. Il telefono può considerarsi uno strumento valido e sicuro, quanto la visita, in alcune situazioni^{1,2}:

- bambino sano (consigli su alimentazione, vaccini ecc.);
- patologia acuta intercorrente banale (febbre, tosse, otalgia, rinorrea, vomito ecc.);
- follow-up di malattie croniche.

Il problema non è certamente nuovo: nel 1972 l'American Academy of Pediatrics stabilisce protocolli di comporta-

PAEDIATRIC TELEPHONE ADVICE AUDITING WITHIN A CME PROGRAMME

(Medico e Bambino 20, 95-98, 2001)

Key words

Telephone advice, Paediatrics, Audit, CME

Summary

An audit of paediatric telephone advice practice was organized as part of a CME programme. Four cases were discussed as emblematic of common conditions for which paediatric telephone advice is frequently sought: fever, cough, vomiting and feeding problems. For each case, four possible options for telephone advice were offered for discussion to the paediatric practitioners who took part in the CME meeting. An expert matters participated in the meeting to clarify the many legal implications of telephone advice.

mento riguardanti i problemi più frequenti formulati al telefono; nel 1979 viene pubblicata una raccolta di 29 schemi ragionati di comportamento (algoritmi) al telefono; seguono altre pubblicazioni, compreso un manuale specificamente dedicato al tema³.

REGOLE PRATICHE DI COMPORTAMENTO

Insegnare ai propri pazienti le basi di un buon contatto telefonico aiuta a risparmiare tempo e aumenta l'efficacia della comunicazione. Se si ritiene questa prassi utile, è bene che se ne discuta con i genitori già al primo incontro: verranno suggeriti gli orari dell'accesso telefonico

e alcune norme di comportamento relative a situazioni in cui il telefono potrà essere utilizzato, soprattutto a scopo di assicurazione^{3,4}.

Un particolare orario delle telefonate può essere indice di reale patologia o solamente di una reazione "ansiosa" dei genitori al sintomo presentato dal bambino. Per esempio, è facile che nella serata sopravvenga la paura di trovarsi di notte con la persistenza dei sintomi, o che ci sia disaccordo tra i genitori nell'interpretazione dei sintomi stessi; una telefonata al mattino presto è indicativa di una nottata insonne. Situazioni, quindi, indicative di un vissuto della situazione per lo meno carico d'ansia.

Il pediatra deve, per telefono, rag-

giungere tre obiettivi: a) escludere l'emergenza; b) rassicurare la famiglia; c) assicurarsi che le istruzioni date siano state comprese.

Il bambino va visitato appena possibile, se i genitori sono convinti della gravità dello stato di salute, ma va comunque data la possibilità di ritelefonare se il paziente peggiora, o i genitori non si sentono tranquilli, e in ogni caso a riconsiderare il problema. Può essere utile spiegare quando preoccuparsi, anticipando la possibile evoluzione della malattia.

Per quanto riguarda la prescrizione di farmaci è buona regola utilizzare meno farmaci possibili, spiegando la decisione, o utilizzare farmaci già presenti in casa. Le eventuali prescrizioni vanno ripetute e possibilmente fatte ripetere per verificare quanto sia stato compreso.

METODOLOGIA DELL'INCONTRO

L'incontro, cui hanno partecipato una sessantina di Pediatri di famiglia, è stato articolato in una breve parte introduttiva generale sull'uso dello strumento-telefono, seguita da una valutazione interattiva delle modalità di comportamento di fronte a una serie di situazioni cliniche reali, riguardanti alcune patologie molto comuni e per le quali l'uso del telefono può essere considerato potenzialmente efficace: la febbre, la tosse, il rifiuto dell'alimentazione e il vomito. Per ognuno di questi argomenti sono stati proposti 4 casi clinici, e per ognuno di questi erano previste 4 possibili risposte da dare ai genitori telefonicamente. Era stata considerata "giusta" un'unica risposta per ogni caso, anche se per alcune situazioni potevano essere accettabili opzioni diverse, comunque meno corrette di quella "giusta".

Ogni caso clinico è stato discusso e commentato da tutti i partecipanti all'incontro, dopo aver conosciuto il risultato del "televoto".

L'incontro è stato integrato da un commento da parte del medico legale sulle implicazioni legali dei comportamenti del pediatra nel momento in cui fornisce una prestazione telefonica, di tipo diagnostico o terapeutico.

RISULTATI E COMMENTO

Il bambino con febbre

I primi due casi riguardano bambini nel primo anno di vita con febbre sostanzialmente monosintomatica.

Per **Stefano** (Figura 1), vista la tenera età, la risposta più giusta è la 4, che però meno della metà dei pediatri sce-

glie, e, con l'alternativa (non errata peraltro) scelta 2, non arriva a coprire i 2/3 delle risposte. La risposta 3, scelta dal rimanente, potrebbe comportare qualche rischio, visto che sembra esserci la notte di mezzo.

Per **Marco**, che ha 8 mesi ma sta sostanzialmente bene a parte la febbre, l'attesa può essere ragionevole, ma l'indicazione all'esame delle urine in tempi brevi, data dal 42% dei pediatri, sembra per lo meno fortemente raccomandabile.

Per **Mario** (convulsioni febbrili in precedenza) sembra esistere tuttora una certa confusione e incertezza: un 35% si stupisce che non sia in trattamento barbiturico, e un 12% pensa che la benzodiazepina debba essere somministrata in caso di febbre.

Complessivamente le risposte "più corrette" sono state le più votate, ma sui punti controversi che abbiamo citato l'incontro ha fornito l'occasione per discutere, cercare di valutare i comportamenti in base ai dati di letteratura e, se possibile, arrivare a un consenso. In particolare è stato discusso l'approccio al bambino con convulsioni e l'utilizzazione dell'esame delle urine "in casa" (stix).

Chiaro invece il comportamento indicato per il caso di **Elisa** (febbricola da una decina di giorni), atteggiamento fondamentalmente tranquillizzante, eventualmente supportato da qualche esame del sangue.

Il bambino con tosse

Elena, 9 mesi, tossisce e "fischia" un po', ma non fa fatica a respirare. La tranquillizzazione e la valutazione di non urgenza di un intervento sembrano scelte appropriate (fatte dal 55% dei pediatri), ma c'è (e non sbaglia, ovviamente) un altro 37% che ritiene di dover vedere la bambina subito: potrebbe essere una bronchiolite che peggiora rapidamente nelle ore successive.

Su **Roberto**, che ha un quadro tipico di "common cold" a 2 anni di età, le indicazioni date dalla maggior parte dei pediatri (l'88%: umidificazione e, se compare dispnea, portarlo al Pronto Soccorso) sembrano corrette: potrebbe essere una laringite che durante la notte...

Per **Luigi** invece (Figura 2) emerge come ancora la maggior parte dei pediatri non consideri la frequenza respiratoria un parametro clinico, utile e facilmente utilizzabile da parte dei genitori, della possibile presenza o gravità di una malattia respiratoria delle basse vie aeree. È vero che siamo in un periodo dell'anno in cui sono comuni le epidemie di in-

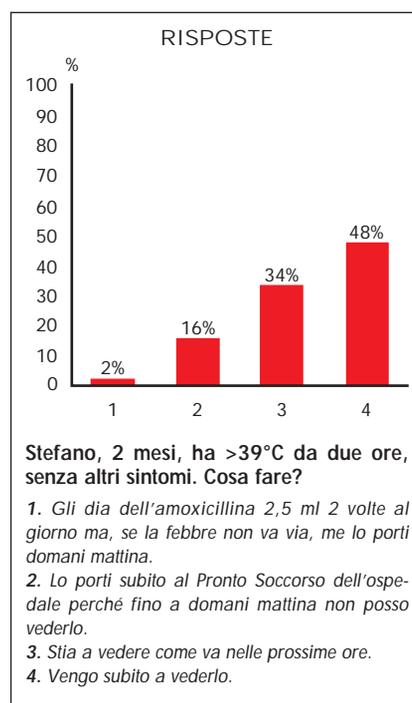


Figura 1. Risposte scelte dal gruppo PdF a domanda telefonica su un caso di febbre.

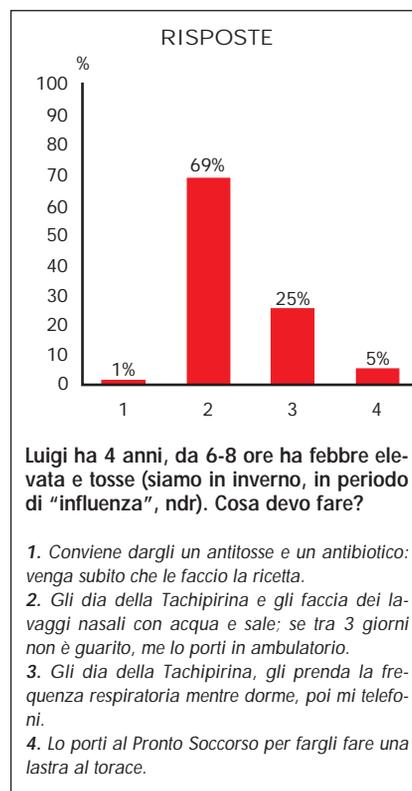


Figura 2. Risposte scelte dal gruppo PdF a domanda telefonica su un caso di febbre e tosse.

fluenza, ma una broncopolmonite non sarebbe poi così strana.

Sul caso di **Peppe**, bambino grande con tosse, catarro giallo e febbricola (potrebbe trattarsi di una sinusite, come quasi tutti hanno suggerito in discussione), il 77% dei pediatri propone un antibiotico (cosa probabilmente non sbagliata). La scelta che era stata considerata migliore da chi aveva proposto il quiz, invece, quella di fare un trattamento topico e attendere ancora qualche giorno prima di fare altro, è stata scelta da una piccola minoranza. Si è discusso sull'utilità e sulle modalità dei lavaggi con soluzione fisiologica, considerati poco utili e non facilmente eseguibili.

Anche sul tema tosse, complessivamente, c'è stato un buon accordo tra i presenti, con un'unica eccezione rilevante, quella dell'opportunità di dare maggior significato alla frequenza respiratoria, in termini di urgenza di un qualsivoglia intervento.

Il bambino che non vuol mangiare

Susanna, 2 settimane di vita, si attacca al seno poche volte nella giornata e ha una crescita ponderale proprio ai limiti. Era stata prevista un'unica risposta "sbagliata" (quella di darle l'aggiunta di latte di formula), che è stata scelta solo dall'8% dei pediatri; le altre opzioni (farle un esame delle urine, cercare di attaccarla più spesso, attendere ancora qualche giorno prima di fare qualsiasi cosa) erano tutte considerate accettabili. L'ultima delle tre, l'attesa, è stata la più votata (69%), mentre pochi avrebbero fatto in prima battuta l'esame delle urine (18%).

Sempre sul tema del bambino allattato al seno è la storia di **Marco**, che a 20 giorni ha un pasto molto disturbato e rigurgita più del solito. Incombe ovviamente l'ipotesi di una stenosi pilorica o di un reflusso gastroesofageo, e più di un terzo dei pediatri ritiene urgente fare degli accertamenti in ospedale in questo senso. Solo il 14% dei pediatri pensa a un'ipogalattia materna e consiglia l'aggiunta di latte di formula; la risposta considerata a priori esatta (il provare a osservare una poppata nell'ambulatorio del pediatra) è invece sembrata buona al 51% dei presenti, una percentuale che ci è sembrata molto buona.

La stessa percentuale di risposte corrette si è avuta nel caso di **Francesca**, più grandicella (Figura 3), anche se quasi la metà dei pediatri considera utile, se non necessario, che a questa età si inizi lo svezzamento.

Sulle competenze generali riguardo

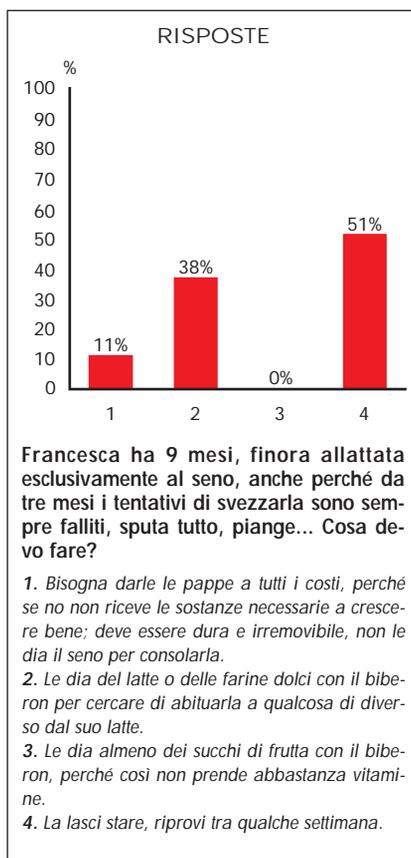


Figura 3. Risposte scelte dal gruppo PdF a domanda telefonica su difficoltà di svezzamento.

all'allattamento al seno a tutti è sembrato che il grado di conoscenze, e quindi la qualità dei comportamenti, possano essere considerati soddisfacenti.

L'ultimo caso considerato è stato quello di **Michele**, 7 anni, che da qualche settimana mangia poco, ha episodi di vomito al mattino, appena alzato, ed è calato di 1,5 kg in un mese. Tutti i pediatri (93%) hanno concordato sulla necessità di prendere in seria considerazione il problema, nell'ipotesi, anche se forse non la più probabile, di una patologia organica (neurologica o, in seconda battuta, gastroenterologica), non rifugiandosi in una soluzione di tranquillizzazione della famiglia, o nell'interpretazione funzionale dei sintomi. Il 6% avrebbe voluto una consulenza psicologica.

Il bambino che vomita

Giorgia, neonata di una settimana, ha cominciato a presentare vomiti, poco dopo la dimissione dal nido (a tre giorni dalla telefonata), ma sembra anche molto irritabile e a momenti poco reattiva. Le possibili diagnosi a cui i partecipanti

hanno pensato sono state, nell'ordine: una malattia metabolica (44%); una meningite (43%); una patologia chirurgica intestinale (13%). La prima ipotesi era stata considerata, da chi ha proposto il quiz, la più corretta, anche perché l'ipotesi della meningite, pure molto votata, è poco compatibile con un andamento apparentemente non in franco e catastrofico peggioramento nel giro di questi 3 giorni. In ogni caso tutti hanno considerato il problema potenzialmente grave, e meritevole dell'invio all'ospedale.

Daniele, 6 anni, è caduto andando in bicicletta, e ha battuto la testa sull'asfalto. Un quarto d'ora dopo presenta vomito. La domanda è quanto tempo di osservazione proponi ai genitori prima di qualsiasi intervento (anche la semplice visita). Dalla maggior parte (59%) viene ritenuta necessaria una visita, ed eventualmente altro, entro mezz'ora, mentre la risposta considerata corretta (e scelta dal 26% dei pediatri) era che un'attesa fino a 3 ore non comportava alcun rischio, a meno di una comparsa di altri sintomi suggestivi di lesione. Forse siamo tuttora troppo preoccupati, di fronte a un sintomo abbastanza comune, e in linea di massima banale, in un bambino con un trauma cranico. In realtà, durante la discussione, gli argomenti avevano più carattere medico-legale o assicurativo che clinico.

Il caso di **Vittorio** è molto simile a quello di Michele del paragrafo precedente; la risposta è differente: il 79% dei pediatri pensa in prima battuta a un "vomito dello scolaro". Questa differenza è dovuta probabilmente al modo con cui è formulata la domanda (nel primo caso: «Che consigli dare al telefono»; in questo caso: «Il primo pensiero che ti viene in mente»), e forse in termini di probabilità questa opzione era ragionevole, anche se non avrebbe dovuto esimerci dal fare subito accertamenti, pensando a una patologia organica.

L'ultimo caso, quello di **Angelo**, che probabilmente non avrebbe dovuto essere risolto al telefono, riguarda la conoscenza di un'interazione tra macrolidi e antiemetici, che controindica questa associazione nel trattare una tonsillite purulenta in un bambino con vomito. Quasi tutti (87%) hanno mostrato di conoscere il problema.

GLI ASPETTI MEDICO-LEGALI

Secondo la dottrina giuridica tradizionale la responsabilità per colpa ha un

suo fondamento nella mancata osservanza sia delle regole di condotta generale, quali le comuni norme di diligenza, perizia e prudenza, sia di leggi, regolamenti, ordini e discipline^{8,9}.

Rispetto al dolo manca la volontà di nuocere, mentre non è discriminante il fattore conoscitivo che differenzia la colpa cosciente da quella incosciente.

Perché un comportamento possa qualificarsi come imprudente e negligente, occorre però che l'evento dannoso abbia, prima del suo verificarsi, carattere di prevedibilità e prevenibilità. È quindi necessario stabilire, con l'osservazione delle norme di condotta e delle regole, se l'evento avrebbe potuto essere previsto e/o evitato. Vi è, inoltre, una distinzione tra colpa generica e colpa specifica. La colpa generica scaturisce dall'inosservanza delle tre comuni regole di condotta costituite dalla diligenza, dalla prudenza e dalla perizia professionale. La colpa specifica è invece quella che si ravvisa nell'inosservanza non di regole di comune esperienza, ma di specifiche disposizioni costituite da leggi, regolamenti, ordini e discipline.

Trasferendo questi concetti della dottrina giuridica nell'ambito delle condotte colpose illecite del medico, si può dire che la condotta colposa professionale medica consiste essenzialmente nella violazione omissiva o commissiva, ingiustificabile, di regole doverose di esperienza professionale, a loro volta basate in parte sulle conoscenze scientifiche, in parte sull'osservazione empirica di regole seguite dalla categoria professionale di appartenenza, che implicano anche l'adeguamento automatico degli standard di perizia e sicurezza alle progressive conquiste della ricerca scientifica-tecnologica^{6,7,10}. L'esercizio della medicina

inteso quale prestazione di opera intellettuale (art. 2230, art.2236 cc.) è giuridicamente fondato su una obbligazione di mezzi e risultati; l'impegno che ciascun sanitario contrae con il proprio assistito riguarda l'obbligo di comportarsi con perizia, prudenza e diligenza, di agire nel rispetto delle leggi, delle norme deontologiche, del consenso e del programma diagnostico e terapeutico concordato con la persona assistita. In ogni caso la facoltà di curare del medico è fondata sull'esistenza del consenso preliminare da parte della persona assistita.

Una delle problematiche più rilevanti in tema di responsabilità professionale che interessa anche i pediatri di famiglia concerne la prescrizione farmaceutica a seguito di richiesta telefonica.

Sottolineando che, in base al comma 1° e 2° dell'art. 12 del Codice di Deontologia Medica, la prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quanto meno, a un fondato sospetto diagnostico, il Tribunale di Milano (Sentenza del 25 giugno 1997) ha affermato che, di fronte a un paziente che chiede il rilascio della prescrizione per un farmaco per cui è obbligatoria per legge la ricetta, se tale richiesta è caratterizzata dall'assoluta impossibilità per il medico di entrare in possesso di una qualche conoscenza anamnestica e clinica delle condizioni del soggetto al fine di valutare l'opportunità della cura, per cui sussistono pacifiche ragioni mediche di carattere oggettivo che impediscano a qualsiasi medico il rilascio della ricetta, il sanitario che si rifiuta, al di là delle ragioni del rifiuto, non commette un atto giuridicamente indebito, anzi, potrebbe vice-

versa essere chiamato a rispondere per colpa o negligenza nel caso in cui prescriva un farmaco alla "cieca", senza effettuare alcuna verifica e controllo, e poi sorgano complicazioni al paziente^{11,12}.

Pertanto, la prescrizione farmaceutica - a seguito di richiesta telefonica - dovrà sempre essere supportata da una reale indicazione, dall'assenza di controindicazioni assolute e/o relative e, soprattutto, da una corretta informazione sui possibili effetti indesiderati.

Bibliografia

1. Brown JL. Telephone in pediatric practice. Clin Pediatr 1983;22:777.
2. Brown JL. The complete parents' guide to telephone medicine: when to call, what to ask, how to help. 2nd edition. New York: Perigee Putnam Publishing Group, 1988.
3. Brown JL. Telephone Medicine: A practical guide to pediatric telephone advice. St. Louis: CV Mosby Co, 1980.
4. Curtis R. The telephone in medical practice. J Fam Pract 1978;6:897-8.
5. Cassazione Penale, Sez. II, n.7761, 27 giugno 1987.
6. De Matteis R. La responsabilità medica. Padova: CEDAM, 1995.
7. Fedeli A. La responsabilità civile del medico e la sua assicurazione. Relazione al 31° Congresso dell'Associazione Internazionale di Diritto delle Assicurazioni. Saint Vincent, ottobre 1997.
8. Iadecola G. I criteri della colpa nell'attività medica di équipe. Gir Mer 1997;IV:226.
9. Iamiceli P. La responsabilità civile del medico. Torino: UTET, 1998.
10. Mazza L. Il nesso di causalità nella responsabilità professionale. Riv It Med Leg 1994;6:385.
11. Tribunale di Milano. Sentenza del 25 giugno 1987.
12. Ventura A. La consultazione telefonica. In: Tamburini G (a cura di). Pediatria di Base. Metodologie e Strumenti. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1981.



III CORSO DI FORMAZIONE PER OPERATORI CON RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALI NEI SERVIZI DI SALUTE PER LA DONNA E IL BAMBINO

Obiettivo del corso è l'acquisizione di competenze nei seguenti ambiti:
Linee guida e raccomandazioni esistenti (I modulo, 2-5 maggio)
Analisi dei bisogni e pianificazione degli interventi (II modulo, 23-26 maggio)
Principi di gestione delle risorse; valutazione e formazione (III modulo, 13-16 giugno)
Il corso si propone inoltre di favorire le conoscenze e il confronto, anche informale, tra quanti operano nel campo dei servizi di salute per la donna e il bambino.

Il corso si terrà a Trieste, il numero massimo di partecipanti è 24. Il termine per le iscrizioni è il 23 marzo 2001.

Per informazioni rivolgersi a: Centro per la Salute del Bambino/ONLUS, via dei Burlo 1, 34100 Trieste. Telefono: 0403220447; fax 040 3224842; e-mail: csb.trieste@iol.it

CURE PEDIATRICHE OSPEDALIERE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Obiettivo del corso è l'acquisizione di competenze, basate sulle linee guida recentemente sviluppate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei seguenti ambiti:

1. aspetti critici della qualità delle cure
2. case-management delle più comuni patologie
3. strategie e strumenti per il miglioramento della qualità delle cure

Il corso si terrà a Trieste; e avrà la durata di 4 giorni (6-9 giugno 2001). Il numero massimo dei partecipanti è di 20. Il termine per le iscrizioni è il 31 marzo 2001.

Per informazioni rivolgersi a: Centro per la Salute del Bambino/ONLUS, via dei Burlo 1, 34100 Trieste. Telefono: 0403220447; fax 040 3224842; e-mail: csb.trieste@iol.it