

L'organizzazione dell'attività del Pediatra di famiglia: un passo dopo l'altro verso la qualità

Prima parte

LEO VENTURELLI, GIANNI CASO

Pediatrati di famiglia, Studio associato di gruppo, Bergamo

Questa è la prima parte di un lungo articolo che fa il punto sull'organizzazione del lavoro del pediatra di famiglia. Nel caso specifico si tratta di un esempio di pediatria di gruppo, in effetti di un piccolo gruppo (3 pediatri e 3 infermiere), forse il numero minimo (o forse il numero perfetto) per ottenere una buona efficienza, un'omogeneità di risposta, un buon accordo e un "risparmio di scala". È un tentativo di approccio sistematico, con la definizione dei problemi, delle risposte possibili, dei tentativi di ottimizzazione, basati in parte su una esperienza consolidata e in parte su rilevamenti epidemiologici e su inchieste di gradimento. È, più che un modello, la proposta di un punto di riferimento con il quale confrontarsi per migliorare, per migliorarsi, o per considerarsi soddisfatti del proprio lavoro.

La Pediatria di famiglia rappresenta in Italia il modello organizzativo stabilito secondo le leggi del Sistema Sanitario atto a garantire al fanciullo un'assistenza specialistica individuale globale che si occupa di prevenzione, diagnosi e cura¹.

La qualità dell'assistenza erogata deriva da più parametri, come si può rilevare dalla *Tabella F*; per garantire una assistenza efficace e la soddisfazione dei genitori è allora importante considerare come i pediatri organizzano la loro attività e quali strumenti abbiano a disposizione per coniugare efficienza ed efficacia nell'ambito delle cure primarie.

Scopo di questo articolo è di mettere a confronto l'esperienza di un gruppo di tre pediatri e tre infermiere, operante a Bergamo dal 1993, con le aree di processo dell'assistenza, con i dati storici epidemiologici dell'attività di uno dei tre pediatri, e con analoghi dati relativi alla pediatria di famiglia italiana pubblicati negli anni precedenti. Il confronto e l'analisi potranno essere di stimolo a tutti i colleghi curiosi, interessati anche a valutare il loro operato per progettarne il miglioramento. I momenti cardine dell'assistenza erogata dal Pediatra di famiglia (PdF) si possono fissare in 4 fasi:

1. presa in carico, ovvero contratto iniziale;

THE ORGANISATION OF PAEDIATRIC PRACTICE IN ITALY: STEPS TOWARDS QUALITY Part I: access and utilisation (*Medico e Bambino* 20, 305-311, 2001)

Key words

Paediatric practice, Office organisation, Quality of care

Summary

The steps taken in a group paediatric practice to improve quality of care are described. Among these a first part of the article deals with the following: clear definition of criteria for access, written information about the various services that are provided, development of criteria for telephone phone advice and for domiciliary visits, provision of nurse support for health education, organisation of well child visits and of consultations for patients with chronic diseases, networking with other health and social services for patients with special needs.

2. accesso al servizio, cioè sistema di erogazione delle prestazioni;
3. trattamento;
4. verifica e controllo.

Cercheremo di analizzare queste fasi con l'occhio dell'utente, cioè della famiglia, in quanto è il punto di vista di chi ha un bisogno e cerca nel medico la sua soddisfazione. Nel testo, poi, verrà proposto in corsivo quanto si fa nello studio pediatrico di gruppo di Bergamo, per evidenziare il "particolare contesto" dell'esperienza.

PRIMO: LA PRESA IN CARICO, OVVERO LE REGOLE DEL CONTRATTO CON IL PAZIENTE E LA SUA FAMIGLIA

La peculiarità del sistema italiano della Pediatria di famiglia è la possibilità, offerta ai genitori, di scegliere il pediatra nell'ambito di quelli convenzionati e presenti in un determinato ambito territoriale, a patto che questi non abbiano raggiunto un numero massimo di assistiti. Questo sistema garantisce in realtà la libera scelta del pediatra solo a parole, in quanto il pediatra che non ha raggiunto

CRITERI CHE IDENTIFICANO LA QUALITÀ DELL' ASSISTENZA PEDIATRICA AMBULATORIALE

A. Garanzia della qualità organizzativa e tecnico-professionale

1. Deve essere assicurata la specialità del trattamento
2. Devono essere assicurati la competenza, la qualità e lo sviluppo professionale
3. Deve essere assicurata la continuità di rapporto assistenziale
4. Deve essere assicurata la tempestività del servizio
5. Deve essere assicurata la flessibilità del servizio
6. Deve essere assicurata l'integrazione con gli altri servizi socio-sanitari
7. Deve essere assicurato un utilizzo ottimale delle risorse
8. Deve essere assicurato un sistema di monitoraggio e controllo dell'attività svolta

B. Garanzia della qualità relazionale

9. Deve essere assicurato un coinvolgimento attivo della famiglia e del bambino/adolescente
10. Deve essere assicurata attenzione all'evolversi delle problematiche e delle differenze socio-culturali
11. Deve essere assicurata chiarezza nella comunicazione
12. Devono essere assicurati l'ascolto, il rispetto e l'accoglienza
13. Deve essere assicurata l'accessibilità del servizio

da R.I.P. 2000;26:679, modificata

Tabella I

il massimale è quasi sempre uno solo, e quindi la scelta è obbligata. Ciò non toglie che il pediatra scelto abbia un suo preciso modo di gestire l'attività, e quindi debba renderne edotto il suo assistito.

Alla prima visita si gioca buona parte dell'immagine che il pediatra dà di sé alla famiglia. È quindi importante nei confronti dei genitori essere chiari ed esaurienti nel presentare il proprio sistema di assistenza, in modo da creare quel rapporto di reciproca fiducia senza cui l'atto medico, in particolare nell'attività ambulatoriale, avrebbe poche possibilità di essere efficace. Il pediatra convenzionato col Sistema Sanitario può collaborare, se la sua ASL già non lo fa, a fornire ai genitori una carta dei servizi, in cui vengano riassunte le caratteristiche tipiche della pediatria di famiglia italiana²; è utile che comunichi agli uffici Asl le modalità con cui venire contattato. Al di fuori dello studio devono essere apposti gli orari di apertura.

Ciascun pediatra poi dovrebbe al primo incontro specificare la propria organizzazione del lavoro (come reperirlo, quando telefonare, gli orari di apertura dello studio, il sistema delle visite ecc.), in modo da definire una sorta di contratto con i genitori dei bambini che assisterà. Per i controlli periodici (bilanci di salute), ne spiegherà il significato e presenterà lo scadenziario delle visite filtro, almeno per il primo anno di vita.

Nel nostro studio al primo incontro viene dato ai genitori un foglio su cui vengono indicate le regole generali per l'ac-

cesso⁴; lo stesso testo è presente in bacheca in sala di attesa. Abbiamo già preparato, e lo distribuiremo a breve, anche un depliant su "cosa fare in caso di urgenza"⁵, in modo da collaborare il più possibile con l'ente ospedaliero di riferimento nell'evitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso. In sala di attesa, nell'apposita bacheca, i genitori vengono informati sull'uso corretto del telefono mediante idoneo manifesto⁴.

Altri cartelli riguardano le certificazioni e le prestazioni che il pediatra può erogare in regime libero-professionale, in modo da dare trasparenza a quegli aspetti di ordine amministrativo che variano da una convenzione all'altra, e che devono essere notificati con chiarezza ai genitori. Il personale infermieristico fornisce sia a parole sia al telefono queste stesse informazioni, se richieste.

SECONDO: L'ACCESSO

Accesso in studio libero o su appuntamento?

Sono ormai molti i pediatri che ricorrono su appuntamento, cercando in questo modo di organizzare la propria attività in modo disciplinato a vantaggio loro e dei loro assistiti. Uno studio sulla qualità dell'attività pediatrica condotto qualche anno fa da colleghi nel Veneto⁵ metteva però in evidenza che la maggior parte dei pediatri utilizza il sistema misto, vale a dire che in certi giorni viene utilizzato l'appuntamento, valevole soprattutto per i controlli di salute e per i

bambini con patologia già riconosciuta, in altri si lascia libero accesso alle visite per i problemi relativi a patologia acuta; sembra che questo sistema sia anche gradito ai genitori, che spesso preferiscono accedere allo studio senza dover prenotare⁶. C'è peraltro da aggiungere che le variabili che determinano la maggior funzionalità di un sistema rispetto all'altro sono numerose; se in assoluto il sistema della prenotazione è quello che risulta più razionale, bisogna pensare a:

- l'espletamento dell'attività in un solo studio oppure in più ambulatori, dislocati in paesi diversi;
- la funzionalità di un sistema di risposta telefonica adeguato per la selezione degli appuntamenti;
- la frequenza di visite domiciliari, che potrebbe rendere difficile una gestione programmata delle giornate;
- le abitudini della popolazione, spesso legate al sistema di accesso libero agli ambulatori dei medici generici.

Il nostro studio ha optato per gestire le visite solo su appuntamento, in modo da dare tempi e spazi precisi agli assistiti e programmare in modo più lineare le giornate lavorative del pediatra; la gestione degli appuntamenti è affidata all'infermiera, in modo che abbia competenze utili a fissare le visite secondo criteri di gravità, ma anche di tipologia (le visite di controllo e quelle di bambini problematici hanno tempi più lunghi); le possibili urgenze vengono comunque inserite nell'attività quotidiana, attraverso una via preferenziale gestita in astanteria (saletta visita sotto la sorveglianza dell'infermiera). Per questo vengono lasciati tempi morti di 15' ogni 6 appuntamenti, utili sia per le urgenze, che comunque devono concordare per telefono l'accesso allo studio, sia per recuperare eventuali slittamenti delle visite programmate, sia per inserire tempi inerenti a chiamate telefoniche non rimandabili.

Chi risponde al telefono?

Il contatto dei genitori con il pediatra è quasi sempre telefonico. I genitori sicuramente preferirebbero poter chiamare direttamente il medico sul cellulare in qualsiasi momento della giornata, possibilmente anche di notte o durante i giorni festivi. Di fatto la disponibilità all'ascolto in ogni momento si scontra con la difficoltà alla gestione della vita del pediatra. Le stesse visite in studio sarebbero interrotte troppo frequentemente, a scapito della qualità della prestazione. Devono esserci chiare indicazioni opera-

tive per l'accesso telefonico: si possono utilizzare fasce orarie con dedizione completa alla risposta telefonica: in effetti è questo il sistema più usato dal PdF. C'è però da considerare che spesso risulta insufficiente il tempo di 2 ore giornaliere se il telefono diventa, come di fatto è, un sistema di consulenza a distanza e di comunicazione sui problemi del bambino. Si può allora delegare la risposta telefonica a una terza persona per il resto della giornata: c'è spesso la disponibilità di un parente (la moglie o il marito o i genitori), ma il sistema migliore è senz'altro quello di avere personale dedicato a questo servizio e preparato per gestire al meglio i contatti telefonici. Le segreterie telefoniche aiutano a mantenere un canale aperto alla richiesta di consulto, ma il loro funzionamento deve essere controllato, e perché sia un sistema efficiente il pediatra deve verificare l'arrivo di nuovi messaggi almeno ogni due ore. I risponditori telefonici servono invece per indicare all'utenza dove il pediatra si trova durante le ore successive, e dove e quando si può reperire.

Comunque sia organizzato il sistema di ricezione delle telefonate, si tratta di un sistema spesso congestionato dalle chiamate⁷, specie da richieste incongrue o non pertinenti, particolarmente se ricevute durante la normale attività di visite ambulatoriali. Anche qui la soluzione passa attraverso l'educazione al buon uso delle linee telefoniche, la promozione dell'educazione sanitaria, la delega a personale preparato e autorizzato a essere consulente di 1° livello alle richieste dei genitori.

Nel nostro studio il contatto con la famiglia di un bambino sano o ammalato è gestito dall'infermiera, che è a disposizione al telefono per 8 ore giornaliere, dalle 8 alle 12 e dalle 15 alle 19; le indicazioni date ai genitori prevedono però che le telefonate per motivi di visita per patologia e per routine vengano recepite possibilmente dalle 8 alle 10,30 e dalle 15 alle 16,30, riservando gli spazi successivi per situazioni urgenti o per consultazioni telefoniche particolari, che richiedono tempi più lunghi.

Un'indagine a campione sulle telefonate in arrivo allo studio, condotta nel 2000 su tre mesi di osservazione (febbraio-marzo-aprile), ha dato i seguenti risultati⁸:

media giornaliera delle telefonate pervenute allo studio: 79 (circa 30 per pediatra), con un minimo di 14 e un massimo di 152 chiamate (corrispondenti a circa 5 ore di impegno);

telefonate gestite dal personale infermieristico: 80% (consulenza propriamente detta: 26%, atti amministrativi e prescrittivi: 10%, invito a rit telefonare 2%, prenotazione di visita: 42%);

telefonate passate al pediatra: 20%.

È stato possibile affidare la consulenza telefonica di primo livello all'infermiera, abilitandola a questo ruolo mediante un percorso di formazione permanente basato su una preparazione specifica su testi⁹, ma anche su incontri settimanali di équipe all'interno dello studio medico, con simulazioni di telefonate tipo e con il riascolto di telefonate particolarmente impegnative e/o problematiche pervenute durante la settimana.

Apertura dello studio

La convenzione nazionale prevede che i pediatri garantiscano l'apertura dello studio per 5 giorni la settimana con un orario congruo al numero degli assistiti. Solo la Lombardia negli accordi regionali del giugno 97¹⁰ ha quantificato in termini di tempo l'orario minimo di apertura di uno studio: 1 ora e mezzo ogni 100 assistiti, ridotta a 3/4 di ora nel periodo estivo.

L'apertura dell'ambulatorio pediatrico riveste un ruolo cruciale agli occhi del cittadino, che ritiene di poter avere un servizio migliore quanto più continua è la presenza del pediatra in studio. Inoltre è importante che l'apertura dello studio avvenga in orari accessibili anche ai genitori lavoratori, o comunque in fasce orarie diversificate durante i giorni, sia al mattino che al pomeriggio, non escludendo la sera. Molti pediatri, soprattutto quelli operanti in aree sparse, possiedono due o più studi, per poter venire incontro alle richieste delle amministrazioni locali, che garantiscono loro spesso a prezzi vantaggiosi gli spazi per la professione negli ambulatori comunali. Questo tipo di organizzazione prevede necessariamente una presenza saltuaria nei paesi di riferimento, e una continuità di cure più legata al contatto con il pediatra che non a un luogo fisico cui rivolgersi. Questo sistema poco si addice alla disponibilità di apertura dello studio che soddisfatti contemporaneamente tutti. Più facile, e probabilmente più proficuo per tutti, sia i genitori sia il pediatra, la gestione di un solo ambulatorio, dove anche personale infermieristico verrebbe meglio impiegato e dove la continuità delle cure sarebbe più facilmente organizzabile. In questo caso anche la separazione tra visite filtro e visite per patologia sarebbe più fattibile.

Il nostro studio garantisce un'apertura diurna di 8 ore suddivise equamente tra mattino e pomeriggio per 5 giorni la settimana, più il mattino del sabato: in tale orario è sempre presente un'infermiera e un medico; due dei pediatri sono poi presenti in studio ciascuno per 25 ore la settimana, pari a 2 ore e 45 minuti ogni 100 assistiti (il terzo pediatra opera anche in un altro studio). Dai genitori questa disponibilità è molto apprezzata, e contribuisce a minimizzare la richiesta di visite a domicilio, proprio per la comodità dell'accesso in studio e della presenza a turno dei medici. Peraltro l'apertura dello studio fino alle 19 di tutti i giorni permette l'accesso anche di quella parte di genitori che difficilmente, per ragioni lavorative, possono usare le fasce orarie centrali della giornata.

I locali

Lo studio deve essere a norma delle leggi vigenti in tema di agibilità sanitaria. È importante l'ubicazione dello studio, in modo da favorirne l'accessibilità all'utenza: uno dei problemi lamentati dai genitori è la difficoltà di parcheggio in prossimità dell'ambulatorio, in particolare nei centri urbani. In alcune realtà³ il pediatra ha provveduto a garantire dei posti macchina in parcheggi vicini per favorire l'accesso.

La tipologia dello studio deve prevedere: sala attesa, sala visita, servizi igienici separati per pazienti e per pediatra. La sala attesa dovrebbe essere accogliente, dovrebbe permettere al bambino la possibilità di qualche gioco, essere arredata di cartelli informativi per i genitori rispetto alle regole dell'accesso e di manifesti di educazione sanitaria da rinnovare periodicamente¹¹. Sono opzionali, ma risultano senz'altro importanti per un'attività qualificata, una stanza astanteria per eventuali casi di bambini contagiosi o per l'osservazione di bambini critici, una stanza per personale infermieristico o di segreteria, una stanza per attività minima di laboratorio.

Il nostro ambulatorio, condiviso da tre medici, è situato al piano terreno di una zona periferica di Bergamo, senza difficoltà di parcheggio; è provvisto di:

3 sale visita, una per ciascun pediatra;

una sala di attesa comune: una parete è adibita a bacheca dove sono appese tutte quelle comunicazioni utili ai genitori per conoscere come è organizzato l'ambulatorio;

una sala segreteria-astanteria: è il fulcro dell'ambulatorio, in quanto qui è pre-

sente il centralino per la ricezione delle telefonate, il collegamento informatico con l'ASL, con l'ufficio vaccinazioni (conosciamo in tempo reale la situazione vaccinale di tutti i nostri assistiti); il materiale occorrente all'espletamento delle mansioni segretariali e di educazione sanitaria nei confronti degli assistiti;

□ un locale adibito a piccolo laboratorio;
□ una piccola stanza ricavata per l'isolamento di pazienti potenzialmente contagiosi in attesa di visita;

□ doppi servizi.

Ogni pediatra è associato a un colore che lo caratterizza sia agli occhi degli utenti che delle infermiere, con il duplice vantaggio di agevolare l'accesso dei pazienti e di indirizzare il flusso delle informazioni all'interno del gruppo.

TERZO: IL TRATTAMENTO, OVVERO LE PRESTAZIONI

Cosa chiede il genitore?

Il bambino e i suoi genitori si rivolgono al pediatra per:

- controlli;
- problemi di malattia;
- consigli sull'alimentazione, vaccinazioni, sport, allevamento del figlio;
- ottenere certificazioni;
- sapere a chi rivolgersi in caso di problemi più specialistici o cronici.

Che cosa occorre per rispondere a queste richieste?

Il pediatra organizza la sua giornata proprio in funzione di tutte queste richieste, ben sapendo che ha bisogno anche di un altro tempo, non diretto all'erogazione delle prestazioni, ma correlato a queste:

- lo studio dei casi difficili;
- la consulenza con altri colleghi;
- la formazione continua;
- il contatto con i colleghi specialisti o i pediatri ospedalieri;
- la collaborazione con il distretto;
- il ricevimento degli informatori scientifici;
- la revisione dell'attività.

Le prestazioni dovrebbero avere dei tempi medi di durata, per poter programmare l'attività giornaliera, compresi gli spazi per gli informatori farmaceutici, per la revisione delle cartelle, per gli approfondimenti diagnostici, per la consulenza con altri colleghi ecc.

La Tabella II mette in evidenza una possibile griglia di tempi relativi all'esecuzione di alcune funzioni.

Se si volesse riportare il valore corri-

TEMPI RELATIVI ALL' ATTIVITÀ

1 ^a visita:	1 ora
Visite di routine	15 minuti
Bilanci di salute	20/30 minuti
Visite per problemi comportamentali	30 minuti
Telefono	2-3 ore/giorno
Visite a domicilio	30 minuti a visita (molto variabile)
Revisione cartelle	2 ore/settimana
Studio, letture	1 ora/settimana
Visite a bambini ricoverati	45 min/settimana (1-2 accessi/mese)
Contatti con ospedale o distretto	2 ore/mese

Tabella II

spondente in ore all'attività sopra esposta, risulta che un pediatra con 800 bambini assistiti, cioè massimalista, utilizza mediamente nella settimana:

- 16 ore per le sole visite in studio;
 - 5 ore per le visite domiciliari e accesso a ospedale;
 - 4 ore per la revisione delle cartelle cliniche e per atti burocratici;
 - 10 ore per consultazione telefonica con i genitori;
 - 1 ora per consultazioni telefoniche con colleghi;
 - 2 ore per l'aggiornamento individuale;
- per un totale di 38 ore settimanali.

Cosa offre il pediatra ambulatoriale?

La possibilità di fare tutto al meglio deriva come al solito dal modello organizzativo che il medico sceglie o è costretto a scegliere.

Le prestazioni del pediatra derivano direttamente dalla selezione che riesce a compiere. La risposta alle richieste del genitore può essere una consulenza telefonica, una consulenza in studio, una consulenza a domicilio.

La consulenza telefonica

Una buona selezione telefonica riduce il ricorso alla visita medica, sia in studio che a domicilio, o, almeno riduce le visite improprie.

I consigli telefonici in un'indagine ormai storica eseguita a Bergamo¹² rappresentano circa la metà delle telefonate del pediatra: per questo è necessario dare alla consultazione telefonica dignità e spazi specifici (fasce orarie) o personale ad hoc; interessante citare l'iniziativa intrapresa dall'Ospedale pediatrico di Fairfax in Virginia, consistente in una consulenza infermieristica pediatrica telefonica basata su protocolli accreditati dall'AAP, per cui la notte le famiglie posso-

no accedere a questo servizio: 9 volte su 10 è sufficiente questa consulenza telefonica per dare indicazioni terapeutiche sul bambino ammalato nelle ore notturne!

Come si è già detto, il consulto per telefono deve avvenire secondo una griglia preconstituita di domande sia generiche, sia specifiche per il problema proposto, con genitori sufficientemente conosciuti dal pediatra, attendibili nelle risposte ai quesiti che il medico pone lungo la conversazione. Deve sempre essere data la possibilità al genitore di richiamare o di accedere allo studio in caso di peggioramento delle condizioni del bambino.

Nella nostra esperienza il consulto telefonico è affidato in prima battuta alle infermiere: poiché i genitori sono spesso angosciati nel dover prendere una decisione riguardante il proprio figlio ammalato, il trovare sempre dall'altra parte del filo una persona (in questo caso l'infermiera) smorza notevolmente l'ansia, ed è spesso sufficiente a indirizzare il genitore all'uso di rimedi temporanei o ad attendere l'evolversi della situazione morbosa. Sono poi numerose le chiamate inerenti piccoli problemi di puericultura o di alimentazione, decisamente risolvibili dal consulto telefonico di infermiere preparate; per far questo sono state elaborate al nostro interno delle flow-chart per la consulenza telefonica orientate per problemi, come la febbre, le tosse, la diarrea, gli occhi arrossati ecc., in modo da aiutare chi risponde a selezionare la risposta più appropriata e a dare ai genitori messaggi chiari e facilmente attuabili. Di fronte a problemi di patologia più complessa, a decisioni terapeutiche, al genitore non soddisfatto o perplesso, l'infermiera deve obbligatoriamente relazionarsi col pediatra o passargli direttamente la comunicazione. Durante il consulto telefonico sia il personale infermieristico che i medici possono consultare la cartella clinica del bambino, facilitati dall'archivio informatico inserito in un sistema di rete. La visita viene fissata quando il problema non è risolvibile per telefono, quando il genitore la richiede espressamente, quando si tratta di bilanci di salute o di colloqui che richiedono un dialogo diretto (Figura 1).

La visita ambulatoriale

Le consultazioni ambulatoriali si suddividono nelle seguenti tipologie:

- visita programmata per patologia acuta;
- visita urgente;
- bilanci di salute;

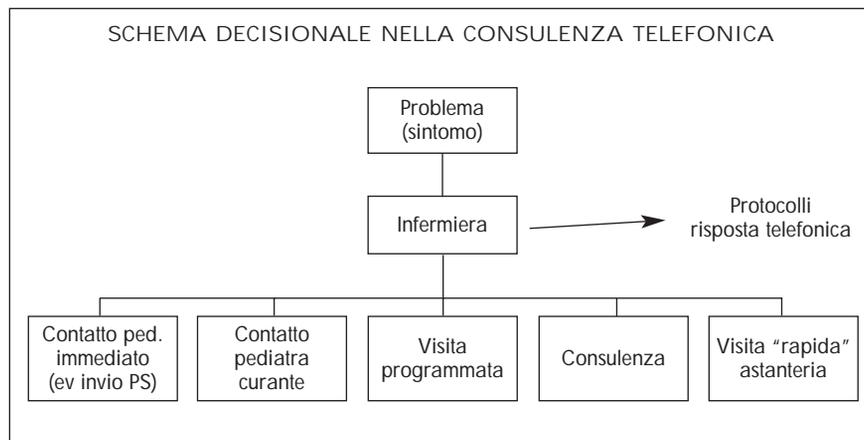


Figura 1

- colloqui coi genitori;
- visite per patologia minore o per problemi ritenuti dal medico di scarso significato;
- visite per pratica sportiva;
- visite per patologie problematiche, ricorrenti o serie.

Dare un giusto spazio alle diverse tipologie di visite è un mezzo per rispondere meglio alle richieste dei genitori e per gestire in modo soddisfacente l'attività.

Questo sistema può sembrare sulla carta macchinoso, ma garantisce anche per i genitori una modalità di prestazione trasparente e orientata ai problemi. Gli appuntamenti sono in questo caso necessari, perché a ogni visita corrispondono modalità di tempi e conduzione della consulenza differenti.

Le visite per patologia acuta risultano quelle maggiormente richieste dalle famiglie, assieme alle richieste urgenti, che di fatto lo sono prevalentemente agli occhi del genitore, meno nella oggettività della malattia.

Qualche volta i genitori chiedono dei colloqui senza la presenza del bambino per avere consigli o indirizzi su problemi di natura sanitaria, ma anche e soprattutto di tipo psicologico comportamentale. In questo caso i tempi della consultazione sono circa il doppio di quelli necessari per una visita di un bambino con patologia acuta. Tali momenti devono essere ritagliati nell'attività medica, avendo riguardo a definirli preventivamente con la famiglia e a gestirli con la dovuta calma; non si può dialogare coi genitori su un problema comportamentale del bambino mentre si ricevono telefonate o quando la sala d'attesa è piena di bambini da visitare!

C'è poi un numero non indifferente di

consultazioni ritenute dal medico inutili, o quantomeno superflue, data la futilità del problema esposto. Ciascun pediatra dovrebbe adoperarsi, attraverso il dialogo con la famiglia, per ridurre queste consultazioni, aiutando i genitori ad autogestire la situazione o delegando ad altre figure professionali il ruolo di consulente.

Uno spazio più adeguato deve invece essere lasciato ai consulti di bambini con problemi aperti o ricorrenti, dove è necessario un colloquio più approfondito con la famiglia.

Anche gli assistiti con problemi cronici gravi hanno necessità di tempi appositi e di disponibilità maggiore da parte del sanitario, che deve prevedere momenti aggiuntivi per occuparsi della gestione del bambino, dei percorsi assistenziali, dei contatti coi centri di riferimento.

I bilanci di salute

Sono parte integrante del lavoro del pediatra di famiglia. Deve essere considerato un momento di sintesi, di verifica dello stato di salute del bambino attraverso manovre orientate a escludere patologie non ancora evidenti, di discussione con i genitori dei problemi presenti, di educazione alla salute. Una strategia rivelatasi utile per molti pediatri ambulatoriali è quella di utilizzare schede di consigli pratici ai genitori su alcuni temi di puericultura, di alimentazione⁴, argomenti ricorrenti nei bilanci di salute.

La struttura ambulatoriale dovrebbe prevedere spazi riservati a bambini affetti per patologia potenzialmente contagiosa.

La distribuzione delle visite può dipendere dal tipo di prestazione: al mattino si possono prevedere i bilanci di salute

in lattanti e le consultazioni in studio o a domicilio legate a problemi non differibili; il pomeriggio si presta maggiormente all'accesso dei bambini più grandetti con patologie routinarie o per controlli legati all'attività sportiva. La sera possono accavallarsi problemi dell'ultima ora o aggravarsi in giornata che richiedono comunque un consulto.

Nel nostro studio la distribuzione delle visite deve tenere conto ovviamente anche delle compresenze dei medici, per cui, possibilmente, alcuni tipi di visite, come i bilanci, vengono inserite in giorni diversi da pediatra a pediatra, e alcune consultazioni proprie dell'infermiera (la discussione delle diete per il divezzamento, ad esempio, o l'esecuzione di un test) vengono concordate in ore di scarso traffico telefonico e con pochi pazienti in studio, o in momenti di compresenza delle infermiere. Questa distribuzione viene facilitata dall'impiego di un software (Schedule di Office), che permette l'aggiornamento e la consultazione delle quattro agende dello studio (una per ciascun pediatra e una per gli appuntamenti dell'infermiera) da uno qualsiasi dei quattro terminali; questo consente una più immediata conoscenza da parte di chi inserisce gli appuntamenti (l'infermiera) di eventuali assenze o impegni dei singoli pediatri o dei flussi di visite all'interno dello studio, il rapido aggiornamento del pediatra sulla propria schedula giornaliera, nonché la possibilità per il singolo pediatra di fissare autonomamente appuntamenti (ad esempio concordando con il genitore il prossimo bilancio di salute senza per questo farlo passare dall'infermiera o ritelefonare).

Le visite vengono tutte inserite in un archivio informatizzato e condiviso di cartelle cliniche, in modo che sia sempre aggiornata la situazione del paziente, e medico e infermiera possano sempre avere sott'occhio la storia anamnestica, spesso fondamentale per orientare il curante nelle decisioni terapeutiche e l'infermiera nella consultazione telefonica; al termine delle consultazioni un foglio con le indicazioni di massima sull'esame obiettivo, diagnosi e terapia viene consegnato al genitore, in modo che abbia il resoconto della prestazione; nel caso di consulti urgenti, in assenza del medico curante, un altro sanitario dello studio esegue la prestazione e si avvale dello stesso sistema informatizzato: il genitore in questo modo è testimone della organizzazione di gruppo dello studio ed accetta di buon grado che nelle prestazioni di cosiddetta urgenza e nelle giornate prefestive, dove è di turno

un solo medico, la consultazione venga effettuata da un altro pediatra.

Le visite relative a situazioni di importanza minore (dermatiti cutanee, controlli per riammissione scolastica dopo malattie contagiose, valutazione auxologica estemporanea, sospette pediculosi o verruche ecc.) vengono eseguite in astanteria, programmate e gestite dalle infermiere secondo autonoma scansione di appuntamenti; il pediatra spesso si limita solo alla supervisione.

Alcune prestazioni facenti parte dei bilanci di salute vengono svolte dal personale infermieristico: misurazioni antropometriche, esecuzione di test come quelli per la vista (visus, test per ambliopia) o per l'udito (boel-test) sono compresi nella loro attività: la Tabella III indica alcune prestazioni eseguite dalle infermiere nel periodo 1/1/2000 al 31/12/2000.

L'accesso degli informatori farmaceutici avviene al di fuori della routine ambulatoriale, in un giorno fisso alla settimana su prenotazione in modo da garantire quattro incontri medi all'anno per informatore.

La visita domiciliare

Le visite domiciliari sono un'altra modalità con cui dare risposta allo stato di malattia del bambino; sono sempre state fonte di notevole dibattito in seno alla categoria dei pediatri, per l'impegno lavorativo che comportano.

La loro frequenza e il loro peso, in tutti i sensi, derivano da:

□ abitudini locali: i medici di famiglia e i pediatri privati hanno concesso la visita domiciliare quasi sempre senza difficoltà;

□ pregiudizi dei genitori (il bambino febbrile non è trasportabile...);

□ atteggiamento del singolo pediatra (chi è contrario per principio, chi va volentieri a domicilio per rendere più varia la propria giornata lavorativa ecc.). Sarebbe utile tenere presente alcune regole generali:

□ conoscere le poche condizioni di necessità di prestazione domiciliare;

□ non avere preclusioni aprioristiche;

□ essere disponibili in particolari situazioni sociali.

In realtà, al di fuori di pochi e selezionati casi (tutti i membri della famiglia ammalati, bambini grandi impossibilitati a muoversi per stato di prostrazione, situazioni familiari a forte disagio sociale), le visite domiciliari vengono richieste ed eseguite per comfort del bambino e della sua famiglia. Diverso è invece l'accedere a domicilio per altre motivazioni, comunque non secondarie alla salute del bambino, cioè per controllare le condizioni socio-ambientali del contesto familiare, per capire meglio i ruoli interpersonali nella famiglia, per esempio il peso dei nonni nella gestione del bambino.

Nel nostro studio le visite a domicilio sono poco numerose: bisogna tener conto comunque della disponibilità oraria di apertura dello studio, della presenza del medico e dell'infermiera, delle consultazioni telefoniche certamente più elevate rispetto alla media (circa 9000 telefonate in un anno per pediatra), del buon rapporto di fiducia tra operatori medici, paramedici e genitori, a tal punto che per alcuni genitori i membri dello staff pediatrico risultano come una famiglia allargata¹³; a titolo di esempio, le visite a domicilio eseguite nel '98 da uno dei pediatri dello studio sono risultate in tutto 26. Le motivazioni inerenti queste poche visite sono illustrate di seguito:

- genitori ansiosi: 7
- mancanza del mezzo di trasporto: 5
- parenti-amici-conoscenti: 4
- genitori insistenti: 3
- richiesta di visita da parte di nonni: 3
- malattie condizionanti il trasporto: 2
- malattia cronica: 1
- problemi sociali: 1

Certificazioni

I certificati sono un aspetto burocratico previsto dalle norme convenzionali. L'organizzazione del lavoro deve mirare a ridurre i tempi dedicati dal medico a queste incombenze, attraverso prestampati o l'ausilio di una cartella clinica informatizzata: chi ha personale collabo-

ratore in studio in genere riesce a delegargli parte del lavoro; deve essere previsto anche un sistema di ritiro di documenti, ricette, certificazioni in particolari orari e/o in appositi contenitori.

Nel nostro studio sono le infermiere a gestire l'attività amministrativa, secondo procedure discusse e condivise dal gruppo e codificate anche qui in linee guida che specificano cosa fare in caso di richiesta dei singoli certificati o di ricette, le norme aggiornate sulla prescrizione dei farmaci, le modalità di ritiro dai parte dei genitori. Anche la presa in visione da parte del pediatra di esiti di accertamenti viene gestita dall'infermiera invitando il genitore a portare allo studio l'esame: questo viene sottoposto al medico che, dopo averlo rapidamente valutato ed eventualmente commentato col genitore in caso di significative alterazioni, lo trattiene in originale o in copia per una valutazione e una restituzione più esaustive.

La cartella informatica in rete consente più facilmente, sia all'infermiera che al medico, la predisposizione dei certificati e delle ricette e l'utilizzo di cartelle di diverso colore ne facilita lo smistamento per la firma. Per il ritiro dei certificati esistono delle cassette in sala d'attesa, una per pediatra. Le norme sulla privacy hanno reso più delicato il problema del ritiro dei documenti, per cui si sono rese necessarie alcune precauzioni (come la busta chiusa) e si è deciso di conservare alcuni tipi di documenti (come gli esami già valutati e commentati dal pediatra) nella sala dell'infermiera.

Rapporti con altri servizi sanitari

Nella Tabella IV troviamo le principali occasioni di interazione/integrazione tra PdF e altri servizi sanitari; a fianco di ciascuna voce vengono riportate le azioni che possono contribuire a migliorare sia l'integrazione tra i servizi, sia la sensazione di spezzettamento dell'assistenza da parte del genitore. Alcune (in neretto) sono previste per convenzione o comunque dalle norme vigenti, altre sono comunque qualificanti e auspicabili; alcune (v. relazione di dimissioni o risposta dello specialista) non dipendono dal PdF, ma fanno comunque parte integrante e necessaria del processo e compito del pediatra è attivarsi per ottenerle.

L'accesso agli altri servizi è oggetto di discussione alle nostre riunioni, soprattutto allo scopo di valutarne l'efficienza e conoscerne le modalità; a volte sono intervenuti alla riunione operatori dei servizi

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE MONITORATE NELL'ANNO 2000

Terapia inettiva	92
Stick urine	212
Tampone rapido per SBEA	190
Discussione dieta divezzamento	36
Controlli pre-riammissione per malattie infettive	102
Visite in astanteria	417
Medicazioni	36
Rimozione punti sutura	39
Controllo visus con ottotipo	246
Stereotest	126
Boel test	111
Controllo auxologico	83
Colloqui per neonati	5
Denuncia malattia infettiva	267

Tabella III

Occasione di interazione	Dal Pdf ai servizi	Dai servizi al Pdf
Ricovero	Lettera di invio per il ricovero Anticipazione telefonica del ricovero (spt se ricovero urgente) Accesso o contatto telefonico con l'ospedale durante il ricovero	Lettera di dimissione Disponibilità al consulto Comunicazione telefonica dell'avvenuto ricovero
Accesso alla Guardia Medica o al Pronto Soccorso	Compilazione libretto sanitario Resoconto scritto per il genitore in occasione della visita Linee guida educazionali sulle urgenze	Resoconto scritto in occasione dell'accesso Fax di comunicazione dell'avvenuto accesso Linee guida educazionali sulle urgenze
Visita specialistica ambulatoriale	Relazione scritta per lo specialista Anticipazione telefonica del problema (spt se urgenza)	Risposta in busta chiusa per il pediatra Contatto telefonico (spt se problemi urgenti)
Esami di laboratorio e strumentali	Teleprenotazione Contatto telefonico per anticipazione risultati Informazione al genitore sull'accesso ai servizi	Telerefertazione Informazione al pediatra e agli utenti sull'accesso ai servizi
Follow up di bambini con patologia cronica	Discussione periodica col genitore sul decorso del problema Contatti telefonici col centro di 3° livello Aggiornamenti scritti per il centro (per problemi particolari)	Relazioni periodiche per la famiglia e il curante Contatto telefonico del curante per problemi particolari
Passaggio ad altro curante (generico per decorrenza del 14° anno o pediatra per trasferimento)	Relazione scritta	
Aggiornamento	Aggiornamento con esperti Aggiornamento con referenti locali Partecipazione per via telematica a gruppi di discussione	Partecipazione per via telematica a gruppi di discussione
Riunioni distrettuali	Partecipazione a riunioni per progetti obiettivo	Organizzazione e partecipazione a riunioni per progetti obiettivo

Tabella IV

(ostetriche, psicologi). Le informazioni via via raccolte vengono inserite nella sezione "Rubrica" del già citato software *Schedule di Office*, dove, accanto ad altri indirizzi utili per lo studio, vengono memorizzati indirizzi, numeri telefonici, informazioni sull'accesso di specialisti di 2° livello interni o esterni al SSN, ospedali, centri superspecialistici, laboratori e altri servizi. Queste informazioni sono, rapidamente consultabili da qualsiasi terminale della rete, grazie al sistema informatico.

Come già detto, al termine di ogni accesso il genitore riceve dal pediatra il resoconto scritto della visita (il libretto sanitario è ancora in fase di realizzazione, ed è tra l'altro prevista la compilazione per via informatica); in caso di ricovero programmato o di consulto specialistico il pediatra prepara una relazione scritta, anche in questo supportato dal software di cartella clinica, e lo stesso avviene in caso di passaggio in cura al Medico di famiglia o ad altro pediatra.

L'infermiera si occupa di telefonare al laboratorio per avere anticipazioni sugli esiti degli esami e per informare gli utenti sulle modalità di accesso ai servizi. Su richiesta dei genitori vengono anche fornite

indicazioni e informazioni su specialisti operanti al di fuori del SSN di riferimento per lo studio.

Rimane ovviamente di pertinenza dei singoli pediatri il contatto diretto o telefonico con le strutture di ricovero e gli specialisti di 2° e 3° livello.

Il collegamento a Internet di ogni computer consente, sia pure per ora a titolo individuale, l'accesso a gruppi di discussione coinvolgenti anche specialisti di 2° e 3° livello.

È anche allo studio un progetto di miglioramento dei rapporti tra pediatri e pronto soccorso pediatrico basato su comunicazioni rapide via fax, in tempo reale o tutt'al più differite di 12 ore, degli accessi dei propri assistiti ai servizi di pronto soccorso ospedaliero¹⁴.

Bibliografia

1. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con o medici specialisti pediatri di libera scelta, DPR 272, 28/07/2000 in Gazzetta Ufficiale 230 del 02/10/2000, suppl. 165/L.
2. Venturini L. L'accreditamento della pediatria di famiglia. Riv It Ped 2000;vol.26.4:678-82.
3. Calia V. L'organizzazione del lavoro in pediatria di famiglia. Milano:UTET ed,1999:65-6.

4. Venturini L et al. L'educazione alla salute in pediatria di famiglia. Milano: UTET ed, 2000.

5. Bernuzzi et al. La valutazione delle cure ambulatoriali. Riv It Pediatria 1993;19:441-7.
6. Drago S, et al. La soddisfazione dell'utente per il servizio di pediatria di famiglia nel Veneto. Padova: Emme & Erre ed, 1995:27.
7. Malmusi L, et al. Il pediatra e il suo telefono. Il medico pediatra 1993;1:7.
8. Venturini L, et al. Il telefono nella pratica ambulatoriale pediatrica: analisi delle telefonate gestite dallo staff infermieristico. Ospedale e Territorio 2000; vol 2, n°2:66-71.
9. Brown JL. Pediatria al telefono. Milano: Mediserve ed, 1996.
10. ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di libera scelta: presa d'atto degli accordi regionali. B.U.R.L 1997;32:1625-6.
11. Luchelli R, et al. L'organizzazione del lavoro ambulatoriale. In: Pediatria di base. A cura di Tamburini G e Gangemi M, 2°ed, pag.9-21, 1995, Il Pensiero Scient. Ed., Roma.
12. Buzzetti R, et al. Pediatria di base a Bergamo. Medico e Bambino 1998;10: 30-3.
13. Ancona M, Duccoli D. Qualità percepita e pediatria di gruppo: avvio di una ricerca. Medico e Bambino 1999;7:427-32.
14. Gargantini G, et al. L'utilizzo corretto delle strutture ospedaliere e dei servizi territoriali pediatrici: la necessità di un modello integrato per la continuità assistenziale nell'urgenza pediatrica. Ospedale e Territorio 2000;vol 1, suppl. 1:225-30.

(continua)