

Associazionismo tra pediatri: un passo avanti

A cura di GIOVANNI CASO

Pediatra di famiglia, Bergamo

Gruppo di Cantù: A. Brienza, M. Carrà, D. Elli, M. Ometto, M. Compagnucci; Gruppo di R. Emilia: M. Caracalla, C. Cucchi, A.M. Davoli, S. Pistocchi; Gruppo di Roma: V. Calia, M. Corgiolu, T. Gazzotti

Partecipanti alla tavola rotonda: G. Brusoni, V. Calia, P. Causa, M. Gangemi, L. Venturelli, G. Tamburlini

Tre gruppi di pediatri analizzano la loro attività in termini di costi (spesa, impegno lavorativo, impegno organizzativo) e benefici (orario allargato, maggiore disponibilità e confidenza tra medico e paziente, ridotto numero di accessi al pronto soccorso) della pratica consociativa. La pediatria di gruppo sta maturando? Forse troppo lentamente?

Il II Congresso Nazionale sulla Pediatria di gruppo (Bergamo, 22-23 maggio 1999) si proponeva di riprendere il discorso iniziato a Roma nel 1998, e soprattutto di cominciare a battere una strada per nulla scontata nel panorama sanitario attuale: produrre dati a supporto di una soluzione in cui si crede, perché anche altri ci credano. In questo senso vanno letti i resoconti sulle esperienze di Cantù, Reggio Emilia e Roma qui riportati, e del Focus group con l'utenza del gruppo di Bergamo, di cui si tratta a pag. 427.

Si voleva inoltre verificare se il movimento dell'associazionismo tra pediatri era in grado di passare, per stare in tema pediatrico, dalla prima infanzia (contiamoci, vediamo chi siamo e come lavoriamo) all'adolescenza (cosa faremo da grandi?): le conclusioni di questo articolo, in gran parte tratte dalla tavola rotonda conclusiva, consentono di affermare che la maturità è vicina.

LE ESPERIENZE

I pazienti dei pediatri associati si ricoverano meno degli altri; mostrano invece una maggiore affluenza al day-hospital.

Cantù. Sono stati quantificati gli accessi al Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) dell'Ospedale di Cantù e dell'Ospedale S. Anna di Como nel periodo 1/10/90 - 31/03/99, distinguendoli per distretto e

PAEDIATRIC GROUP PRACTICE: ONE STEP AHEAD

(*Medico e Bambino* 18, 433-435, 1999)

Key words

Group practice, Paediatric practice, Hospital admissions, Continuing education

Summary

Stemming from the data collected in 3 group practices, the advantages and problems of paediatric group practice are discussed. Group practice can substantially reduce spontaneous referrals to hospital emergency departments and hospital admissions, and favour appropriateness and continuity of care also during weekends. Models of group practice may vary according to local and personal needs, but usually imply a more easy and continuous access to the paediatric office, greater utilization of nurse professionals and of the office laboratory, greater opportunities for continuous education and stimuli to tackle new and emerging problems in child health. Health authorities and professional organizations should provide administrative and financial incentives to support the development of paediatric group practice in Italy.

per ambito e, all'interno di questi, tra pediatri del gruppo e restanti pediatri (*Tabella I*). Le differenze sono notevoli, soprattutto all'interno dell'ambito, dove le condizioni (tessuto sociale, distanza dall'ospedale ecc.) sono più omogenee.

Altrettanto significativo il confronto sui dati dei ricoveri, sia per provincia che per distretto e ambito (*Tabella II*): i ricoveri ordinari sono molto più bassi per gli assistiti dei pediatri del gruppo rispetto a quelli degli altri pediatri, mentre, per i DH, il dato provinciale contro-tendenza si spiega almeno in parte col fatto che l'Ospedale di Cantù è l'unico della provincia per cui sia possibile accedere al DH su richiesta del PdF.

Reggio Emilia. È stata fatta un'analisi re-

trospettiva degli accessi al Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) di Reggio, in particolare confrontando i dati relativi alle 4 pediatre del gruppo di 2 quadrimestri, dall'1/1/97 al 30/04/97 e dall'1/1/98 al 30/04/98, rispettivamente prima e dopo la costituzione del gruppo (*Tabella III*). Gli accessi sono stati suddivisi in 2 gruppi, il primo dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e dalle 8 alle 14 dei giorni prefestivi (cioè in fasce orarie di attività del PdF), il secondo dalle 20 alle 8 del mattino e i prefestivi pomeridiani e festivi (orario di attività della guardia medica).

Dall'analisi dei dati emerge che:

1. Gli accessi complessivi sono aumentati sensibilmente dal primo quadrimestre del '97 al primo quadrimestre del '98. Tale aumento riguarda sia il totale

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO - CANTÙ

	Distretto	Ambito	GRUPPO		
			Distretto	Ambito	
Numero pediatri	8	6	4	4	2
Numero assistiti	6855	5016	3651	3204	1365
Accessi PSP (%)	285,48	310,8	252,8	322,7	392,67
Accessi PSP sabato (%)	47,41	49,04	43,54	51,81	63,73
Accessi PSP domenica (%)	53,53	54,42	45,46	62,73	78,38
Accessi PSP gg feriali (%)	184,53	187,4	163,79	208,72	250,54

Tabella I. Gli accessi dei pazienti del gruppo sono inferiori alla media, specie nei week-end.

della popolazione, sia i pazienti seguiti dal gruppo di PDF associati (anche in funzione dell'aumento assoluto (+7,5%) degli assistiti. Tuttavia nessun aumento degli accessi è stato registrato, per i pazienti assistiti dal gruppo, durante l'orario di attività dello stesso, a differenza di quanto è avvenuto per i pazienti dei pediatri non associati. Dunque la maggiore disponibilità offerta dal gruppo ha prodotto un risparmio nell'uso del PSP. Il trend pare confermato dai dati preliminari relativi al primo quadrimestre '99.

L'accesso al Pronto Soccorso è minore per i pazienti assistiti dalla pediatria di gruppo rispetto alle ore coperte dalla Guardia Medica.

2. Nel periodo gennaio-aprile '98 il gruppo ha effettuato complessivamente 8413 visite ambulatoriali e 862 visite domiciliari. Aggiungendovi gli accessi al PSP dei pazienti del gruppo nello stesso periodo, si ottiene il numero totale di richieste di visita pediatrica, pari a 9582. Pertanto, i pediatri del gruppo hanno co-

munque soddisfatto il 96,7% delle richieste di visita pediatrica, e più del 99% delle richieste nei giorni feriali.

Roma. Dall'autunno '95 è stato attivato un servizio di guardia festiva e prefestiva, gestito dal gruppo e rivolto ai propri assistiti: dalle 8 alle 22 del sabato e della domenica viene attivato un telefono cellulare con cui un collega a turno risponde ed eventualmente decide per la visita (ambulatoriale o domiciliare; in convenzione, se la chiamata arriva entro le 10 del sabato, privatamente, se oltre quell'ora). Il servizio viene adeguatamente "pubblicizzato" mediante messaggi sulle segreterie telefoniche dello studio e volantini informativi. Ai 3 pediatri del gruppo si sono affiancati fin dall'inizio 2 colleghi "volontarie". Ogni pediatra è quindi impegnato un fine settimana ogni 5.

Il pediatra di guardia, durante il suo turno, annota, in un "rapporto di guardia": orario della telefonata; nome, cognome e numero di telefono del paziente; motivo principale della chiamata; se la telefonata è seguita da una visita;

eventuali provvedimenti diagnostico-terapeutici. Il lunedì mattina il pediatra di guardia comunica ai colleghi le notizie relative ai rispettivi pazienti.

Nel periodo dal 2/9/95 al 30/6/96 (numero medio assistiti: 2028) le telefonate sono state 614 in 94 giorni totali di attività del servizio, con una media giornaliera di 6,5 telefonate (range 1-23). Le visite sono state 126, in media 1,34 al giorno (range 0-6). Durante questo periodo nessun bambino è stato ricoverato dal pediatra di guardia.

Un servizio di Guardia Medica festiva e prefestiva, gestita da un gruppo di pediatri, ha prodotto una media giornaliera di 6,5 chiamate, di 1,34 visite e di 84 minuti di lavoro (suddivisi tra 5 pediatri) per ogni fine settimana.

Stimando in 5 minuti il tempo medio richiesto per rispondere a una telefonata, e in 40 minuti il tempo medio impiegato per la visita (compreso lo spostamento), l'impegno lavorativo richiesto al pediatra di guardia è stato di circa 84 minuti per ogni giorno di guardia, meno di 3 ore di lavoro per ogni fine settimana.

I costi sono stati i seguenti:

- per il pediatra: acquisto del telefono e pagamento del canone di abbonamento: £ 1.526.000 (poco più di £ 500.000 per pediatra, il primo anno, molto meno gli anni successivi, sicuramente molto meno oggi, con gli attuali costi dei telefoni cellulari!);
- per l'utenza: anche considerando l'ipotesi più svantaggiosa (tutte le visite a tariffa libero-professionale di £ 80.000 per la visita ambulatoriale e di £ 100.000 per la domiciliare), la spesa sarebbe di £ 12.600.000, pari a £ 137.000 circa per ogni giorno di guardia.

RICOVERI OSPEDALIERI - CANTÙ

	Provincia	Distretto	Ambito	GRUPPO		
				Provincia	Distretto	Ambito
Numero pediatri	53	8	6	4	49	2
Numero assistiti	38.901	6855	5016	3651	35.250	1365
Ricoveri ordinari (%)	112,18	103,28	98,68	87,92	114,69	127,47
Ricoveri DH (%)	41,82	59,51	58,61	53,13	40,65	73,26
Ricoveri totali (%)	154	162,8	157,29	141,05	155,34	200,73

Tabella II. I ricoveri dei pazienti del gruppo sono meno numerosi rispetto a quelli degli altri pediatri dello stesso distretto, ambito, provincia.

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO - REGGIO EMILIA				
	GRUPPO		TOTALI	
	1° quadrim. '97	1° quadrim. '98	1° quadrim. '97	1° quadrim. '98
Accessi complessivi	244	307 (+26%)	2492	2941 (+18%)
Accessi in orario PdF	79	79 (+0%)	824	1043 (+26%)
Accessi in orario GM	165	228 (+39%)	1668	1898 (+13,7%)

Tabella III. Dal '97 al '98 gli accessi al PSP non sono aumentati per i bambini del gruppo nell'orario coperto dai pediatri di famiglia.

DISCUSSIONE

Il problema della gestione dell'emergenza-urgenza in pediatria è molto sentito dai pediatri ospedalieri, che denunciano il sovraccarico del servizio, l'inappropriatezza degli accessi al PSP, e il fatto che spesso questi si verifichino in orari coperti dai PdF.

Numeri alla mano, dal punto di vista del PdF il problema è da ridimensionare. L'esperienza di Reggio Emilia parla di un numero di accessi al PSP pari al 3,3% del totale delle richieste di visita pediatrica, e a meno dell'1% delle richieste nelle fasce coperte dal pediatra di famiglia, un margine fisiologico di disservizio, probabilmente ineliminabile e certamente inferiore a quelli di altre strutture del nostro SSN.

Ciò non toglie che il problema esiste. Innanzi tutto, queste urgenze spesso "finte" sono però sentite come "vere" dalle famiglie, e generano angosce e preoccupazioni. In secondo luogo, trovare una soluzione del problema all'interno della PdF fornirebbe argomenti a favore di una diversa allocazione delle risorse, meno "ospedalocentrica" dell'attuale.

Distinguiamo gli accessi al PSP in orario di attività del PdF da quelli in orario di GM.

Per quanto riguarda i primi, l'attività di gruppo può contribuire alla riduzione del problema. Questo sembra correlato più col gruppo che con la "bravura" dei pediatri, visto il confronto pre-post di Reggio. L'orario "lungo" di apertura dello studio (5 ore secondo convenzione, in realtà molti studi arrivano a 10 ore al giorno), la reperibilità in sede di un medico, l'accoglienza telefonica e fisica da parte di personale qualificato, un buon self help in studio sono le carte vincenti, anche se molti altri fattori contribuisco-

no ad aumentare la fiducia dei genitori in un modulo che sembra contenerne meglio l'ansia e la domanda di salute.

Per quanto riguarda gli accessi al PSP in orario di GM, il problema è prima di tutto normativo. La proposta di Roma può però costituire un precedente utile sia per i PdF, che temono a loro volta un "sovraccarico", sia per il sindacato, sia per gli amministratori, che potrebbero confrontare i costi del sistema attuale con i costi riferiti dai romani, con conseguenze abbastanza intuibili.

Infine, direttamente o, indirettamente, tramite la riduzione degli accessi al PSP, la PdG può contribuire a ridurre i ricoveri impropri.

CONCLUSIONI

Di seguito sono indicati gli spunti principali emersi dalla tavola rotonda.

1. La strada intrapresa a Bergamo, quella cioè della dimostrazione, dati alla mano, che la PdG funziona, è giusta: occorre perseverare in questa direzione, affinando e ampliando le attività di ricerca.

2. Non esiste un "modello" unico di PdG, ma se ne cominciano a delineare alcuni elementi caratterizzanti: l'orario ampliato, la maggiore reperibilità di un medico, la presenza dell'infermiera, un buon livello di self-help diagnostico. La sede unica, o comunque principale, da un lato diminuisce i costi strutturali, dall'altro è un punto di riferimento costante per l'utenza, favorisce l'integrazione organizzativa del gruppo e la circolazione delle informazioni, garantisce un confronto più assiduo tra i membri dell'équipe. È però di difficile realizzazione, e talora "scomoda" sul piano umano. Del resto anche forme associative senza sede

unica possono, se ben strutturate, contribuire a risolvere problemi quali gli accessi al PSP in orario coperto dai PdF. La stessa pratica di gruppo con generici può avere un suo ruolo, in contesti particolari.

3. L'associazionismo non garantisce *tout court* una migliore qualità dell'assistenza. Anzi, ogni innovazione organizzativa (pensiamo alla delega all'infermiera della risposta telefonica) può costituire anche un potenziale motivo di "peggioramento" dell'assistenza, e deve essere adeguatamente ottimizzata. Se è vero che molte prestazioni possono essere fornite anche da un pediatra "single", moduli organizzativi complessi facilitano un'offerta di prestazioni più diversificata, anche con delega a personale infermieristico.

4. Al di là degli indicatori misurabili di efficacia o di efficienza, la pratica di gruppo sembra comunque consentire a chi la fa un salto di qualità: migliore qualità della vita e del vissuto lavorativo, abitudine al confronto, maggiore spazio alla creatività personale. Questi ingredienti fanno sì che il gruppo sia più sensibile e aperto al cambiamento, ai problemi emergenti (il disagio psicosociale, gli incidenti, la salute mentale, per citare alcuni esempi), che rappresentano la sfida dell'immediato futuro per chi si occupa di salute infantile.

5. Una pratica quindi degna di essere incentivata più di quanto non lo sia attualmente? Certamente sì. Esponenti sindacali, culturali e noi stessi pediatri dei gruppi ad oggi più rappresentativi ci troviamo concordi nell'individuare due livelli possibili di incentivazione:

□ alla struttura, attraverso una quota aggiuntiva per la PdG più corposa di quella prevista dall'attuale convenzione, il sistematico riconoscimento di indennità come quella infermieristica e informatica, anche al di fuori di eventuali "tetti" percentuali di pediatri, eventualmente il riconoscimento di un'indennità per la sede centralizzata (non necessariamente unica);

□ alle funzioni (ad esempio l'ampliamento dell'orario di apertura dello studio, o la continuità assistenziale), indipendentemente dal modulo organizzativo (gruppo con sede unica, gruppo con sedi multiple, pediatra single) che la garantisce.