

TRE ANNI DI PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Un tentativo di autovalutazione

LUCA BRIVIO

Pediatra di base, Bollate (MI)

**3 YEARS OF PAEDIATRIC FAMILY PRACTICE:
AN ATTEMPT TO SELF-EVALUATION**
(*M&B* 5, 301-309, 1998)

Key words

Paediatric practitioner, Evaluation, Quality of care

Summary

A paediatric practitioners caring for 800 children aged 0-14 years describes his experience of solo-practice in a suburban area of Milan, Italy from Jan 1, 1994 through Dec 31, 1996. Data provide quantification of office visits, home visits, most frequent diagnoses, drug prescriptions, laboratory examinations, diagnostic procedures and hospital admissions. An attempt is made to compare these data with similar studies and to make suggestions about possible improvements.

Uno dei vantaggi del possedere un archivio elettronico al posto di quello cartaceo tradizionale è senza dubbio la rapidità con cui si può verificare a posteriori quanto si è lavorato. Poiché in letteratura scarseggiano le pubblicazioni in merito alla quantificazione del lavoro del pediatra di base, ho pensato di contribuire all'analisi del tema rendendo noti i risultati di tre anni di attività di un pediatra massimalista. Confrontando poi i dati ottenuti con quei pochi pubblicati in letteratura negli ultimi anni^{1,3}, e fra di loro nelle tre diverse annate, ho cercato di ricavarne degli spunti per una verifica di qualità, che potesse aiutare anche a individuare le aree di comportamento anomalo da correggere.

L'obiettivo primario dello studio è rappresentato quindi dal tentativo di quantificare l'attività clinica e prescrittiva del pediatra di base. In secondo luogo ho invece inteso mostrare come dall'analisi quantitativa dei dati sia possibile ricavare spunti per una verifica di qualità.

MATERIALI E METODI

I dati presentati si riferiscono al triennio '94-'95-'96. Pur disponendo anche di dati precedenti (chi scrive ha utilizzato un archivio elettronico fin dal primo giorno di Convenzione SSN nel novembre '92), si è preferito non includerli nell'analisi per motivi di non facile confrontabilità (il massimale di iscritti è stato raggiunto nel novembre '93).

La sede dell'attività è un vasto comu-

ne dell'hinterland milanese che, al 31 dicembre '96, contava 5846 residenti in età pediatrica (0-14 anni). Sul territorio, nel corso del triennio in esame, hanno operato altri 4 pediatri di base, l'ultimo dei quali si è inserito alla fine del 1994. L'ambulatorio in questione è organizzato con un sistema di appuntamenti, e le visite sono state effettuate ogni mattina dopo le 9.30 e ogni pomeriggio fino alle 18.30-19.00. Le prenotazioni venivano raccolte personalmente dal pediatra (dal suo telefono di casa) in due fasce orarie distinte: dalle 8 alle 9, e dalle 14 alle 15. La reperibilità del sabato mattina veniva garantita a turno con uno degli altri pediatri. Salvo rarissime eccezioni, non veniva fornita alcuna reperibilità negli orari coperti dalla Guardia Medica.

I dati relativi agli anni '94 e '95 non comprendono l'attività di gran parte del mese di agosto (solamente per il '96 sono stati inseriti a posteriori i dati rilevati manualmente dal sostituto), ma il peso di tale mancanza è veramente esiguo: nelle quattro settimane di agosto del '96, ad esempio, sono state compiute 50 visite (1.3% del totale annuale), prescritti 10 farmaci, richiesti 2 esami di laboratorio, 1 radiografia e 2 consulenze specialistiche.

I dati sono stati estrapolati da un *data base* applicativo per la medicina e pediatria di base (Profim Cinque, Fimes).

Per ciascun anno sono stati valutati parametri nelle seguenti aree:

- Pazienti
- Visite
- Diagnosi
- Prescrizioni farmacologiche

- Prescrizioni di esami di laboratorio
- Prescrizioni di diagnostica strumentale
- Prescrizioni di consulenze specialistiche
- Ricoveri.

Laddove sono state individuate importanti differenze da un anno all'altro, o rispetto ai dati noti in letteratura, si è cercato di trarre delle conclusioni e fornire spunti per ulteriori approfondimenti o per correzioni di comportamento.

RISULTATI

La *Tabella I* indica il "flusso" dei pazienti nel corso del triennio in esame. Per prime scelte si intendono i nuovi nati; per scelte successive i nuovi iscritti provenienti da altri medici, anche dello stesso ambito. Le scadenze di iscrizione sono tutte relative al compimento dei 14 anni. L'unico decesso è quello di un bambino affetto da tumore inoperabile del tronco encefalico.

La *Tabella II* mostra l'elenco di quelle patologie invalidanti o necessitanti di visite e prescrizioni in numero largamente superiore alla media.

La *Tabella III* riassume le visite effettuate. Per visita si intende qualsiasi accesso ambulatoriale o domiciliare, ad eccezione di quelli per la prescrizione di farmaci per terapia cronica o profilassi, e di quelli per la prescrizione di farmaci o indagini diagnostiche come conseguenza di consulenze specialistiche non richieste dal pediatra di base (in pratica quelle odontoiatriche). Controlli di salute sono le visite di bambini sani prevalentemente alle seguenti età: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15 e 18 mesi, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12 e 14 anni. Febbre, tosse, eruzione cutanea, otalgia e diarrea e/o vomito sono i cinque sintomi/segni che più frequentemente hanno portato a richiedere una visita. I controlli per patologia acuta comprendono sia le visite per accertare l'avvenuta guarigione che quelle per il sopraggiungere di complicanze in una patologia acuta precedentemente diagnosticata.

La *Tabella IV* riporta le undici diagnosi di patologie acute più frequentemente poste nel corso del triennio, unitamente al numero di bambini che ne sono stati colpiti, al numero di episodi verificatisi e al numero di visite che hanno determinato.

L'ipotesi iniziale di considerare le prime dieci patologie è stata modificata per includere tutte e tre le malattie contagiose infantili oggi più frequentemente

I PAZIENTI					
	1994	1995	1996	1997	Totale
Bambini iscritti al 1° gennaio	809	812	804	803	
maschi/femmine	1,07	1,07	1,01	1,03	
0-2 anni	269	171	78	81	
2-6 anni	304	362	400	367	
6-14 anni	236	279	326	355	
Nuovi iscritti	47	56	56		159
prime scelte	35	34	43		112
scelte successive	12	22	13		47
Revoche	44	64	57		165
scadenza iscrizione	2	11	19		32
trasferimento	19	18	9		46
cambio medico	22	35	29		86
ricusazione	0	0	0		0
decesso	1	0	0		1
Bambini sconosciuti al pediatra	53	42	39		

Tabella I

LE MALATTIE CRONICHE			
	1994	1995	1996
Sindrome di Down	1	1	1
Sindrome di Dandy-Walker	1	1	1
Ritardo mentale e motorio di natura non determinata	1	1	1
Spina bifida	1	1	1
Tumore SNC		1	
Sarcoma di Ewing	1	1	1
Ipoacusia grave	1	1	1
Craniostenosi con otite media cronica	2	2	2
Sindrome di Peters	1	1	1
Epilessia (in terapia)	2	2	3
Reflusso vescico-ureterale (in profilassi)	1	2	2
Glomerulonefrite cronica	2	2	2
Deficit IgA	1	1	1
Asma > 2° stadio OMS	3	4	4
Dermatite atopica medio-grave	2	3	3
Cardiopatía congenita in attesa di intervento	2	1	1
TOTALE	23	24	25

Tabella II

osservabili (varicella, scarlattina e parotite). La *Tabella V* riporta tutte le prescrizioni farmacologiche effettuate nel triennio, suddivise secondo la classificazione ATC. La relativa spesa è calcolata sul tariffario in vigore nel marzo 1997 (epoca di valutazione dei dati), e non su quella reale del triennio, per un limite insito nel *data base*. Per l'anno '94 si dispone anche di alcuni dati che riguardano le ricette effettivamente "spedite" dalle farmacie, forniti dall'allora USSL 67 tramite *Lombardia Informatica (Tabella VI)*.

La *Tabella VII* riporta il numero di esami di laboratorio richiesti per ciascun gruppo prescrittivo, e all'interno di ciascun gruppo quelli richiesti almeno 20 volte nel corso del triennio.

La *Tabella VIII* riporta il numero di esami di diagnostica strumentale richiesti per ciascun gruppo prescrittivo, e all'interno di ciascun gruppo quelli richiesti almeno 10 volte nel corso del triennio.

La *Tabella IX* riporta tutte le consulenze specialistiche richieste nel triennio. La *Tabella X* riporta tutti i ricoveri di cui il pediatra è venuto a conoscenza, compresi quelli avvenuti nelle sedi di vacanza.

DISCUSSIONE

Qualsiasi commento intorno a questi dati rischia di apparire fragile, dato che scarsi sono i parametri di riferimento per

LE VISITE				
	1994	1995	1996	Totale
Numero totale delle visite	3563	3439	3712	10.714
Giornate lavorative (sabato e prefestivi = 0,5)	277,5	274,5	276	828
Giornate lavorative registrate	256,5	250,5	276	783
Visite/giornata	13,9	13,7	13,4	13,7
Visite/settimana (5,5 gg)	76,4	75,6	74	75,2
Sede della visita				
Ambulatoriale	3415	3341	3606	10.362
Domiciliare	148	98	106	352
Motivo della visita				
Prima visita con anamnesi ed EOG	87	52	44	183
Controllo di salute	537	452	528	1517
Patologia o altro	2939	2935	3140	9014
Febbre	635	866	818	2319
Tosse (senza febbre)	471	323	421	1215
Eruzione cutanea (senza febbre)	201	138	151	490
Otalgia (senza febbre)	105	103	143	351
Diarrea e/o vomito (senza febbre)	134	60	66	260
Controllo patologia acuta	508	666	719	1893

Tabella III

poter stabilire quanto, e soprattutto come, si è lavorato. Ciononostante alcune considerazioni meritano di essere fatte.

Pazienti

La percentuale di coloro che hanno cambiato medico (2,6% nel '94, 4,0% nel '95, 3,4% nel '96, 11,3% il valore cumulativo per il triennio) dovrebbe definire in qualche modo il grado di soddisfazione dell'utenza nei confronti del servizio offerto, ma non sono stati trovati dati di confronto in letteratura. Per comprendere la dimensione di queste percentuali occorre confrontarsi con altri colleghi; si potrebbe anche proporre all'ASL di far compilare al genitore che richiede il cambio del medico prima dei 14 anni un modulo che ne riporti le motivazioni, così come ora avviene per i bambini fra 6 e 9 anni in caso di scelta del medico di medicina generale.

Dall'elenco delle patologie croniche sorprende l'assenza di casi di celiachia, una patologia che, secondo le più recenti stime, sembra avere un'incidenza di 1 caso su 250-300 nuovi nati⁴. Ne deriva la necessità di confrontarsi con i colleghi della stessa area e con il locale registro ASL della patologia. Inoltre una revisione delle letterature potrebbe fornire utili indicazioni per modificare i criteri secondo i quali sospettare la celiachia.

Visite

Rispetto ad altre casistiche pubblicate¹³ il numero di visite totali sembra essere sovrapponibile, mentre quello delle

domiciliari appare molto contenuto (3,3% nel triennio)^{13,5}. Questi dati sono senza dubbio lo specchio di una limitata disponibilità a visitare a domicilio in quelle situazioni che molti genitori ritengono possano peggiorare in caso di trasporto del bambino, ma di cui non si ha riscontro in letteratura. Probabilmente buona parte di coloro che hanno revocato la scelta l'ha fatto proprio per un disaccordo sui criteri di necessità della visita a domicilio. Forse quell'11,3% di revoche sarebbe stato ancora più elevato se sull'altro piatto della bilancia non si fosse offerta la duplice apertura quotidiana dell'ambulatorio. Anche in questo caso sarebbe utile un confronto con i colleghi della stessa area, ed eventualmente la presa in considerazione da un lato di una modifica nei criteri di uscita a domicilio e dall'altro di un'opera di educazione sanitaria nei confronti dei genitori degli assistiti. L'esperienza di questi anni ha comunque insegnato che il vero problema del trasporto del bambino in ambulatorio, salvo rare eccezioni di notevole disagio, non è legato alle sue condizioni di salute ma alla disponibilità di un'automobile da parte del genitore e, soprattutto, alla disponibilità del pediatra ad "aprire presto" l'ambulatorio e a "tenerlo aperto" fino a tardi, e del genitore a "entrare dopo" o "uscire prima" dal lavoro.

In merito ai controlli di salute, si sono seguite le indicazioni proposte dall'American Academy of Pediatrics. In realtà il numero di controlli effettuati è

inferiore a quello atteso per la popolazione in esame. In parte ciò è dovuto al fatto che spesso il controllo di salute veniva "improvvisato" nel corso di un controllo per patologia acuta e non archiviato come tale, ma in parte anche alla consuetudine, passati i primi due anni di età, di non fissare la data del successivo controllo di salute, ma di invitare il genitore a prenotarne uno alla scadenza successiva (uno o due anni dopo). Pur restando aperta la discussione in merito all'utilità di un numero così elevato di bilanci di salute, soprattutto dopo il secondo anno di età, appare come necessaria una più precisa registrazione degli stessi e una maggiore sensibilizzazione nei confronti dei genitori, ad esempio mediante messaggi di invito ai bilanci di salute da esporre in sala d'attesa.

Fra i dati del registro delle diagnosi più frequentemente poste, merita un commento il tasso di visita per episodio delle diverse patologie. Mentre sembra giustificato dalla gravità della patologia l'elevato tasso per le broncopneumoniti, sembrano piuttosto bassi i tassi per l'asma e le otiti medie, che necessitano di un follow-up diverso rispetto alle altre patologie. Anche se la maggior parte di questi bambini veniva comunque rivalutata a distanza per l'eventuale completa regressione di un broncospasmo o di un versamento endotimpanico nel corso di controlli di salute o per altre patologie acute, la disponibilità di uno spirometro e di un impedenzometro timpanico potrebbe portare a controlli più precisi e costituirebbe uno stimolo alla registrazione dei controlli a distanza di queste due patologie.

Prescrizioni farmacologiche

Appartengono a questo settore gli unici dati realmente confrontabili con i dati di altri pediatri di base, in particolare con quelli dei colleghi della stessa USSL. I dati forniti dall'Ufficio Farmaceutico dell'ex USSL 67, tramite *Lombardia Informatica*, dicono semplicemente che, rispetto alla media dei colleghi, si è prescritto un minor numero di farmaci, e fra questi sono stati scelti quelli meno cari. Purtroppo nessun dato ci viene fornito in merito alle qualità delle cure prestate e pertanto qualsiasi calcolo circa il rapporto costo/benefici sarebbe del tutto infondato. L'unica considerazione oggettiva che è possibile porre è che nel 1994 le ricette effettivamente utilizzate dai pazienti risultano essere leggermente inferiori a quelle stampate e consegnate dal medico (+ 6.2%). Te-

LE DIAGNOSI											
Patologie acute più frequentemente diagnosticate											
	Infez. aspecific. alte vie respiratorie	Otite media acuta	Faringo-tonsillite acuta	Laringite acuta	Tracheo-bronchite acuta	Bronco-polmonite	Asma	Gastroenterite acuta	Varicella	Scarlattina	Parotite
BAMBINI											
anno 1994	154	101	196	30	71	4	61	80	4	22	47
anno 1995	267	122	178	31	111	20	73	32	59	12	36
anno 1996	253	127	182	29	70	26	95	45	48	38	13
totale 1994-1995-1996	674	350	556	90	252	50	229	157	111	72	96
EPISODI											
anno 1994	196	145	235	30	74	6	102	84	4	22	47
n° episodi/bambino	1,27	1,44	1,2	1	1,04	1,5	1,67	1,05	1	1	1
anno 1995	320	170	217	34	122	23	119	34	59	12	36
n° episodi/bambino	1,2	1,39	1,22	1,1	1,1	1,15	1,63	1,06	1	1	1
anno 1996	349	180	235	35	81	27	152	50	48	41	13
n° episodi/ bambino	1,38	1,42	1,29	1,21	1,16	1,04	1,6	1,11	1	1,08	1
totale 1994-1995-1996	865	495	687	99	277	56	373	168	111	75	96
n° episodi/bambino	1,28	1,41	1,24	1,1	1,1	1,12	1,63	1,07	1	1,04	1
VISITE											
anno 1994	249	196	284	36	94	15	154	138	8	29	54
n° visite/episodio	1,27	1,35	1,21	1,2	1,27	2,5	1,51	1,64	2	1,32	1,15
anno 1995	408	315	268	49	181	62	209	64	78	15	66
n° visite/episodio	1,28	1,85	1,24	1,44	1,48	2,7	1,76	1,88	1,32	1,25	1,83
anno 1996	463	294	277	49	118	69	229	74	68	51	27
n° visite/episodio	1,33	1,63	1,18	1,4	1,46	2,56	1,51	1,48	1,42	1,24	2,08
totale 1994-1995-1996	1120	805	829	134	393	146	592	276	154	95	147
n° visite/episodio	1,29	1,63	1,21	1,35	1,42	2,61	1,59	1,64	1,39	1,27	1,53

Tabella IV

I FARMACI						
Farmaci prescritti (classificazione ATC)	1994		1995		1996	
	n° pezzi	Lire	n° pezzi	Lire	n° pezzi	Lire
Apparato gastroenterico	40	661.900	19	270.600	18	187.800
Sangue e organi emopoietici	17	271.800	10	213.000	3	32.500
Sistema cardiovascolare	1	4800	0	0	0	0
Dermatologici	9	57.300	36	242.600	26	257.000
Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	3	30.000	10	140.000	3	10.500
Preparati ormonali sistemici	44	94.400	34	390.500	35	499.600
Antimicrobici per uso sistemico	956	9.369.600	1434	14.852.100	1408	15.691.000
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	12	2.690.400	0	0	0	0
Sistema muscolo-scheletrico	0	0	4	31.600	11	100.200
Sistema nervoso	28	212.000	31	225.600	32	390.300
Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	15	147.500	5	42.800	13	94.600
Apparato respiratorio	243	2.513.100	304	4.159.100	378	5.006.400
Organi di senso	14	76.800	20	133.300	18	195.600
Vari	0	0	0	0	0	0
Toale	1382	16.129.600	1907	20.701.200	1945	22.465.500

N.B.: la spesa non è quella reale dell'anno, ma è calcolata sul tariffario in vigore nel marzo 1997.

Tabella V

PROFILO PRESCRITTIVO
ANNO 1994 (DATI ASL 32)

n° pazienti	814
n° pezzi	1301
Lire	15.378.010
Lire/paziente	18.892
Scostamento media ASL	-40,80%
Lire/pezzo	11.820
Scostamento media ASL	-15,30%

Tabella VI

nendo conto del fatto che saltuariamente, nelle giornate di venerdì o sabato, si sono lasciate ai pazienti ricette di farmaci da utilizzare solo in caso di prevedibili complicanze, il livello di compliance dei genitori dei pazienti nell'attenersi alle indicazioni terapeutiche fornite dal pediatra di base è decisamente elevato.

Forse scontato il fatto che un'elevata percentuale (circa il 90%) della spesa farmaceutica sia attribuibile agli anti-

crofici di uso sistemico e ai farmaci per l'apparato respiratorio, ma preoccupa il notevole incremento nella loro prescrizione dopo il '94, che non può essere tutto spiegato dal parallelo aumento degli episodi di patologia acuta a eziologia batterica e delle forme asmatiche e forse neanche dall'incremento dell'età media della popolazione (bambini di peso maggiore, due pezzi di farmaco anziché uno). Probabilmente la spiegazione va ricercata da un lato in un atteggiamento più aggressivo verso la patologia asmatica come suggerito da più fonti (farmaci anti-infiammatori topici più spesso e per periodi più lunghi), dall'altro, ahimé, in un atteggiamento meno scientifico nella prescrizione antibiotica, data talvolta come copertura nelle infezioni delle alte vie respiratorie di probabile origine virale. Ma questa spiegazione è frutto di un'impressione soggettiva, e per poter essere verificata e pesata necessiterebbe di un'analisi approfondita basata sul collegamento diagnosi-prescrizione. Purtroppo nell'immissione dei dati non

si è tenuto conto di questa problematica. L'indicazione per il futuro è quella di accostare sempre la prescrizione al problema che l'ha generata.

Non va infine trascurato quanto incide sulla spesa totale l'aver in carico anche un solo paziente che necessita di terapie costose: nel '94 il 16.7% della spesa farmaceutica è dovuta alla prescrizione di ciclosporina per un unico bambino affetto da glomerulonefrite cronica. Qualsiasi calcolo sulla capacità del medico di prescrivere senza sperperi non può non tenere conto di queste situazioni.

Prescrizioni di esami di laboratorio

Quei pochi dati presenti in letteratura appaiono non confrontabili. Il fatto che l'esame più richiesto sia la coltura di tampone faringeo riflette l'atteggiamento medico di porre diagnosi "clinica" di faringotonsillite streptococcica solo nei casi con elevato punteggio di Breese. Il loro aumento nel corso del triennio sembra ben correlarsi all'aumento dell'età media della popolazione assistita. All'uti-

GLI ESAMI DI LABORATORIO

	1994	1995	1996	Totale		1994	1995	1996	Totale
MICROBIOLOGICI	206	261	273	740	IMMUNOALLERGOL.	75	113	93	281
Tampone faringeo	75	92	122	289	IgA	12	23	20	55
Urinocultura	74	113	91	278	IgG	12	14	15	41
Scotch test	27	22	15	64	IgM	12	14	15	41
Coprocultura	15	17	24	56	IgE totali	13	20	7	40
Parassiti fecali	4	7	11	22	EMA	8	8	9	25
Altri	11	10	10	31	Altri	18	34	27	79
EMATOCHIMICI	901	761	467	2129	URINARI	67	81	71	219
Transaminasi	45	25	26	96	Esame urine	58	47	47	152
Sideremia	48	31	16	95	Proteinuria 24 h	4	17	7	28
Transferrina	48	29	15	92	Altri	5	17	17	39
Creatinina	26	26	12	64	SIEROINFETTIVOL.	76	48	34	158
Elettroliti	20	24	12	56	COAGULATORI	24	22	7	53
Urea	17	16	7	40	PT	13	12	6	31
Fosfatasi alcalina	20	11	9	40	PTT	10	9	1	20
Ferritina	3	26	10	39	Altri	1	1	0	2
Glicemia	20	7	0	27	ENDOCRINOLOGICI	13	4	0	17
Calcio	12	8	6	26	ALTRI	9	13	9	31
Fosforo	12	6	6	24	TOTALI				
Altri	60	40	24	124	Bambini	184	207	207	598
EMATOLOGICI	159	147	85	391	Ricette	296	364	340	1000
Emocromo	87	79	48	214	Prescrizioni	1086	1047	792	2925
Formula leucociti	56	62	33	151	Prescrizione/ricetta	3,67	2,88	2,33	2,93
Altri	16	6	4	26	Ricetta/bambino	1,61	1,76	1,64	1,67
REUMATOLOGICI	126	109	77	312	Prescrizione/bambino	5,9	5,06	3,83	4,89
VES	44	56	32	132					
PCR	36	31	25	92					
Elettroforesi proteine	42	22	20	84					
Altri	4	0	0	4					

Tabella VII

lizzo sistematico del tampone faringeo nei casi di dubbia eziologia streptococcica ha contribuito la disponibilità del laboratorio di analisi del vicino ospedale di rifornire l'ambulatorio del pediatra con tamponi dotati di mezzo di trasporto e a comunicare il risultato telefonicamente 24 ore dopo la semina. Dall'inizio del '97, però, l'ambulatorio si è dotato di test rapidi per l'identificazione dello SBEA e quindi la prescrizione della coltura tradizionale si è ridotta notevolmente. Gli esami più frequentemente prescritti rispecchiano comunque le problematiche tipiche della pediatria di base:

- la necessità di escludere con sicurezza la presenza di un'infezione delle vie urinarie,
- la verifica del bilancio del ferro nel sospetto di anemia,
- lo studio degli indici infiammatori nelle complicanze di patologie acute e nei sintomi di lunga durata,
- la valutazione delle difese immunitarie nelle infezioni ricorrenti,
- la verifica dello stato nutrizionale negli scarsi accrescimenti,
- la ricerca di infezioni/infestazioni intestinali.

Forse un po' elevata la prescrizione di esami volti allo studio delle funzionalità epatica, renale e coagulatoria, ma su questo dato ha giocato un ruolo non indifferente la trascrizione (quasi sempre non necessaria ma comunque effettuata per non dover ogni volta scontrarsi con l'inefficienza della burocrazia) di esami richiesti dagli specialisti delle diverse discipline chirurgiche per interventi programmati. Da sottolineare invece in tutt'altra ottica il crollo della prescrizione della glicemia: è il frutto di una revisione dei protocolli prescrittivi operata nel corso del '95 e, duole riconoscerlo, influenzata dalla riduzione del numero di prescrizioni per ricetta da 12 a 8 imposta per legge, e che ha portato all'eliminazione di esami ritenuti non necessari. Questa modifica nell'atteggiamento prescrittivo ben si rispecchia nel sensibile calo del tasso prescrizioni/bambino rilevato nel '96.

I risultati degli esami di laboratorio sono stati archiviati in formato testo nel corso del triennio, e quindi un'analisi critica sulla reale necessità della loro prescrizione presupporrebbe un'estenuante revisione "manuale" delle cartelle cliniche. Solo a partire dal '97, grazie soprattutto a una modifica operata nel software che ha permesso di archiviare facilmente anche quegli esami che forniscono più valori con un'unica voce di ri-

LA DIAGNOSTICA STRUMENTALE				
	1994	1995	1996	Totale
RADIOGRAFIE	75	91	100	266
Rx panoramica dentale	26	33	36	95
Rx cranio per cefalometria	12	16	23	51
Rx torace	11	19	15	45
Rx segmenti scheletrici arti	13	7	8	28
Rx mano e polso sx per età ossea	5	2	3	10
Altri	8	14	15	37
ECOGRAFIE	50	58	64	172
Ecografia anche	35	33	35	103
Ecocardio	5	1	6	12
Ecografia renale	3	14	9	26
Ecografia vescicale	1	9	7	17
Altri	6	1	7	14
ELETTROGRAFIE	15	15	9	39
EEG	7	5	5	17
ECG	6	9	3	18
Altri	2	1	1	4
ALTRI ESAMI	454	494	518	1458
Audiometria e impedenzometria	20	15	20	55
Altri	3	3	1	7
Bambini	121	131	136	388
Ricette	143	159	163	465
Prescrizioni	163	182	194	539
Prescrizione/ricetta	1,02	1,02	1,02	1,02
Ricetta/bambino	1,18	1,21	1,2	1,2
Prescrizione/bambino	1,35	1,39	1,43	1,39

Tabella VIII

LE CONSULENZE SPECIALISTICHE				
	1994	1995	1996	Totale
Allergologia	39	49	7	95
Anestesiologia	2	0	1	3
Cardiologia	13	15	13	41
Chirurgia	31	17	32	80
Dermatologia	30	21	20	71
Epatologia	0	0	1	1
Fisiatria	3	0	1	4
Gastroenterologia	0	0	5	5
Immunopatologia	0	2	0	2
Nefrologia	0	0	3	3
Neurochirurgia	2	0	0	2
Neurologia/Neuropsichiatria	18	14	17	49
Oculistica	43	36	54	133
Odontoiatria	2	6	1	9
Oncologia	1	1	0	2
Ortofonia	10	3	6	19
Ortopedia	37	32	36	105
Ortottica	23	19	29	71
Otorinolaringoiatria	15	24	22	61
Urologia	4	11	8	23
Totale	273	250	256	779

Tabella IX

I RICOVERI				
	1994	1995	1996	Totale
Bambini ricoverati	65	46	56	167
Numero totale dei ricoveri	76	50	62	188
Medico urgente	37	29	32	98
Chirurgico urgente	3	1	2	6
Traumatologico urgente	10	4	5	19
Medico programmato	12	4	6	22
Chirurgico programmato	14	12	17	43
Modalità di accesso al ricovero				
Tramite PS, GM o privato	44	27	29	100
Richiesta urgente del pediatra	6	7	10	23
Programmato	26	16	23	65
Giornate totali di ricovero	420	315	401	1136
Durata media del ricovero (gg)	5,5	6,4	6,5	6
Tasso ricoveri/bambino	1,17	1,09	1,11	1,13

Tabella X

chiesta (tipicamente l'emocromo), si è provveduto a immettere in opportuni campi facilmente recuperabili e analizzabili i risultati di tutti gli esami di laboratorio.

Prescrizioni di diagnostica strumentale

Anche in questo caso i pochi dati presenti in letteratura non sembrano confrontabili¹. L'elevato numero di richieste

di ecografia delle anche riflette l'atteggiamento dell'autore di utilizzare questo esame come metodica di screening per tutti i nuovi nati, atteggiamento che merita una revisione della letteratura e forse una modifica.

Quanto al numero di ortopantomografie, essendo tutte richieste suggerite, occorrerebbe un confronto con i colleghi odontoiatri per comprendere la necessità di questa richiesta così frequente. Il numero di ECG richiesti è largamente poco rappresentativo, perché non tiene conto di tutti quelli effettuati nel corso di visite cardiologiche. Infine va ricordato che buona parte della diagnostica strumentale più sofisticata (soprattutto quella più costosa) poteva essere prescritta solo dallo specialista ambulatoriale, o veniva praticata in regime di Day-Hospital.

I risultati delle prescrizioni di diagnostica strumentale sono stati archiviati in formato testo nel pool delle visite, e solo dal '97 in campi dedicati. Pertanto solo in futuro sarà possibile effettuare in tempi ridotti un'analisi di VRQ.

Richieste di consulenze specialistiche

Questo dato, con le dovute cautele, ci dovrebbe fornire molte informazioni sulla qualità del lavoro del pediatra di base. L'unico riferimento noto in letteratura è sempre quello dei pediatri di Bergamo, che sembra siano ricorsi meno frequentemente (1 ogni 1333 giorni per assistito contro 1 ogni 1139, cioè 15% in meno) alle prestazioni dello specialista¹. Il crollo nel numero di consulenze allergologiche richieste è legato alla decisione, presa nel febbraio del '96, di dotare l'ambulatorio di idonea attrezzatura per l'esecuzione dei prick test. Anche il numero di consulenze dermatologiche ha subito un decremento, pur se meno evidente, ed è il frutto di un breve tirocinio pratico volontario presso un ambulatorio di dermatologia pediatrica. Almeno per le discipline non chirurgiche il pediatra di base dovrebbe possedere conoscenze e abilità sufficienti per demandare il meno possibile. Sicuramente la frequenza di corsi di aggiornamento anche per quelle branche miste medico-chirurgiche, come l'oculistica, l'ortopedia e l'ORL, potrebbero ridurre la necessità del ricorso allo specialista. Più complesso appare il problema della neuropsichiatria infantile, che è dovuto non solo alla mancanza di conoscenze e/o esperienza, ma anche alla scarsità di disponibilità temporale, e al fatto che comunque si tratta di una disciplina specialistica ad accesso anche diretto da parte dell'utente.

Anche i referti delle consulenze specialistiche sono finiti in formato testo nel pool delle visite, e solo dal '97 in "campi dedicati". Pertanto solo in futuro sarà possibile effettuare in tempi ridotti un'analisi di VRQ.

Ricoveri

Un pediatra di base che lavora bene è un pediatra che ricovera poco! Ma quanto dipendono dal pediatra di base i ricoveri dei suoi assistiti? Anche questi dati non sono di facile interpretazione, perché epidemicamente si ha l'impressione che i ricoveri per patologia acuta nell'area in questione avvengano con troppa facilità. Giova ricordare a proposito che nel raggio di 9 km dall'ambulatorio esistono ben 8 reparti ospedalieri di pediatria! Comunque è di conforto nell'analisi dell'operato dell'autore notare che la richiesta di ricoveri medici non urgenti è molto limitata (quasi tutti gli accertamenti possono essere fatti senza che il bambino debba dormire in un let-

to d'ospedale) e dello stesso ordine di grandezza dei ricoveri urgenti richiesti. Il dato è sovrapponibile a quello dei pediatri di Bergamo¹.

I ricoveri urgenti non richiesti, ma avvenuti tramite PS o GM o altro medico, sono stati nel complesso tre volte più numerosi di quelli richiesti dal curante e, anche escludendo i ricoveri chirurgici e traumatologici urgenti, quelli medici restano comunque almeno il doppio, senza contare che questo dato può essere sottostimato perché qualche ricovero non richiesto può essere sfuggito alla registrazione. Con un ambulatorio aperto cinque mattine e cinque pomeriggi ci si aspetterebbe che il ricovero medico urgente tramite PS o GM sia del tutto eccezionale. Ma in letteratura un fenomeno simile è già stato descritto^{6,7}, e attribuito a più fattori. Nel caso specifico l'impressione è che dipenda da una combinazione di elevata disponibilità di posti-letto e di altrettanto elevata ansia parentale. Benché sia di conforto la discesa nel triennio del tasso dei ricoveri urgenti non richiesti su quelli richiesti, si impone un'opera di educazione sanitaria verso i genitori e un confronto con i colleghi ospedalieri.

CONCLUSIONI

Nel complesso da questo esperimento di autovalutazione, per quanto semplicistico e incompleto, non sembrano essere emerse clamorose differenze né rispetto ad altre casistiche già pubblicate né all'interno della casistica in questione; costituisce un'eccezione il notevole incremento della prescrizione farmaceutica nel triennio. Sono comunque state evidenziate numerose anomalie suscettibili di verifica e correzione, e in merito sono state prospettate alcune soluzioni.

Una vera autovalutazione del proprio operato richiederebbe però la registrazione di tutti gli atti medici compiuti su ogni singolo assistito, non solo dal pediatra ma anche da qualsiasi struttura o operatore sanitario. Solo il confronto di questi dati con standard ideali di riferimento potrebbe permettere di stimare quanto e come si è lavorato, e raggiungere così lo scopo ultimo dell'autovalutazione: introdurre opportune correzioni nella pratica professionale⁸. Anche nell'ipotesi che in un futuro non lontano una simile registrazione verrà realizzata, rimarrà probabilmente una fascia di attività "sommersa" non catalogata (la visita effettuata da un privato, ad esempio, o

i farmaci acquistati senza ricetta). In attesa che gli accordi regionali per la Pediatria di libera scelta prevedano le modalità per individuare le spese indotte direttamente e indirettamente⁹, ci si deve accontentare di analizzare i dati parziali di cui si dispone. Non c'è dubbio che lo strumento informatico sia diventato indispensabile per questo scopo ma, se si vuole che sia realmente utile, occorre effettuare un'immissione intelligente dei dati, chiedendosi se saranno poi facilmente studiabili e collegabili fra loro, altrimenti si rischia di ricadere nei limiti degli archivi cartacei e ritrovarsi a perdere ore e ore a visualizzare videate. Per tale motivo è opportuno che i pediatri di base già informatizzati o in procinto di informatizzarsi siano sensibilizzati nei confronti di questa problematica e che i produttori di software per la pediatria di base tengano conto di queste esigenze e semplifichino al massimo le procedure per eseguire un'autovalutazione.

Da ultimo risulta doveroso segnalare che un'autovalutazione completa non può prescindere dalla conoscenza del grado di soddisfazione dell'utenza, e che pertanto indagini come quella operata dai colleghi di Firenze³ dovrebbero affiancare e integrare i dati che il pediatra di base può ricavare dal suo archivio.

Bibliografia

1. Buzzetti R, Venturelli L: Pediatria di base a Bergamo. *Medico e Bambino* 10, 30-33, 1988.
2. Savastano R, Spanevello V: Uno strumento di misurazione economica delle prestazioni erogate dal pediatra di famiglia. *Il Medico Pediatra* 5/2, 31-37, 1996.
3. Pierattelli M, Milanese A, Bettucci E: La pediatria di base nell'area fiorentina: un'indagine sulla soddisfazione degli utenti pensata e realizzata dall'ACP Toscana. *Medico e Bambino* 3, 30-36, 1998.
4. Catassi C, Ratsch IM, Fabiani E, et al: Coeliac disease in the year 2000: exploring the iceberg. *Lancet* 343, 200-3, 1994.
5. Stocco L, Alessandrini G, Baruchello M: Visite domiciliari: un'analisi di VRQ. *Medico e Bambino* 7, 22-28, 1994.
6. Murgia V, Sartori P, Lorenzon G, et al: Pediatri di base e ricovero ospedaliero. *Medico e Bambino* 10, 34-37, 1988.
7. Calia V: L'assistenza pediatrica in Italia. *Medico e Bambino* 4, 239-45, 1998.
8. Bonaldi A, Focarile F, Torregiani A: *Curare la qualità. Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria*. Guerrini e associati, Milano, 1994.
9. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di libera scelta. DPR 613/96.

