

PEDIATRIA DI GRUPPO: A CHE PUNTO SIAMO?



A CURA DI VINCENZO CALIA, PASQUALE CAUSA E LEO VENTURELLI

Il presente materiale rappresenta la sintesi del 1° incontro sulla Pediatria di gruppo, organizzato a Roma il 15 marzo 1998 a cura di Vincenzo Calia, Pasquale Causa e Leo Venturelli.

L'interesse a ritrovarsi, a scambiarsi esperienze, è scaturito da 3 gruppi "storici" di pediatri di famiglia, uno di Bergamo, l'altro di Pozzuoli, il terzo di Roma, che praticano la pediatria di gruppo da più di 5 anni, quindi prima che la Convenzione per la pediatria di libera scelta del '96 ne parlasse esplicitamente. I motivi che hanno portato a organizzare il 1° seminario a Roma sono stati:

1. La voglia di incontrarsi per discutere, l'interesse a contarsi (quanti sono i gruppi di pediatri esistenti in Italia? da quanti medici sono formati i gruppi? e, ancora, i gruppi sono prevalentemente cittadini o si formano anche in periferia?)
2. La volontà di costruire un percorso di riflessione unitario,

continuativo, con l'idea di darsi una scadenza annuale: per perfezionare il modello di pediatria di gruppo; per valutarne l'aspetto qualitativo, per studiare dei requisiti minimi e uniformi; per invogliare altri colleghi a intraprendere la nostra esperienza.

Iniziamo il confronto presentando tre esperienze di pediatria di gruppo: Bergamo, Pozzuoli e Roma. Si tratta di tre esperienze diverse, nate indipendentemente l'una dall'altra, con percorsi personali e professionali differenti, in tempi differenti, che si ritrovano nell'ambito dell'ACP e decidono di promuovere insieme un convegno. Ecco un racconto, in estrema sintesi, delle caratteristiche di ciascuno degli Studi Pediatrici Associati.

Il gruppo di Bergamo

GIANNI CASO, BIANCAMARIA MARENGONI, LEO VENTURELLI
Pediatri di famiglia, Bergamo

Il gruppo di Bergamo comprende 3 pediatri di famiglia massimalisti e 3 infermiere.

La struttura consta di 3 sale visita, 1 sala astanteria/segreteria, 1 locale a uso laboratorio, 1 sala d'attesa, servizi. L'ambulatorio è aperto 8 ore al giorno, 4 ore al mattino e 4 al pomeriggio, con la presenza continua dell'infermiera e con la presenza di almeno un medico per 6 ore al giorno. L'elemento caratterizzante è il ruolo centrale dell'infermiera, che ha mansioni burocratico-amministrative (certificati, ricette, modulistica, teleprenotazione ecc.), di gestione dello studio (apertura e chiusura, gestione del materiale di consumo, tenuta di registri, rifiu-

ti), sanitarie (medicazioni, terapie iniettive, esecuzione di test diagnostici e di parte di bilanci di salute, educazione sanitaria ecc.). La sua funzione prioritaria è la risposta telefonica, tramite cui non vengono solo e semplicemente fissati gli appuntamenti, ma viene direttamente erogata una consulenza di primo livello. Del carico telefonico dello studio (fino a 175 telefonate/die, media 89/die), solo il 13% riguarda il pediatra, essendo il resto equamente diviso tra telefonate per ragioni burocratico-amministrative e chiamate richiedenti una consulenza infermieristica di primo livello. Ciò ovviamente ha richiesto e richiede, da parte delle infermiere, una buona attitudine comunicativa e una adeguata preparazione: la loro preparazione di base, già orientata verso il bambino, è stata affinata da una formazione continua e dalla realizzazione di protocolli di risposta telefonica orientati per problemi (febbre, allattamento, avvelenamento ecc.), che hanno occupato buona parte delle riunioni settimanali di équipe. Il ruolo dell'infermiera è talmente importante che uno dei problemi aperti della nostra

esperienza è il suo carico di lavoro, soprattutto burocratico-amministrativo. Anche per questo si è deciso di "mettere in rete" i computer dei pediatri e dell'infermiera, informatizzando di fatto alcune procedure (aggiornamento delle cartelle dei pazienti, agende appuntamenti, circolazione di documenti, per fare degli esempi) che fino ad ora richiedevano inutili spostamenti o circolazione di materiale cartaceo tra pediatri e infermiera.

Il gruppo di Pozzuoli

PASQUALE CAUSA, LUIGI CIOFFI, PATRIZIA METAFORA
Pediatri di famiglia, Pozzuoli

Lo studio è stato costituito nel 1988 da 3 pediatri che progressivamente sono divenuti un gruppo di lavoro e di studio. C'è stata una faticosa condivisione di

condotte terapeutiche e dell'approccio diagnostico ai problemi. La crescita del gruppo è avvenuta con la scelta di verificare come potevamo applicare nella pratica quello che apprendevamo aggiornandoci. Abbiamo cominciato a capire che dovevamo fare in proprio alcune cose per accrescere la nostra capacità di gestione dei problemi, demandando ad altre figure solo quello che non potevamo o non eravamo capaci di fare. Fondamentale per capire la necessità di superare la tradizionale organizzazione anche dello spazio di lavoro, è stata la decisione di praticare in studio terapie nel corso delle urgenze respiratorie per ridurre le troppo frequenti ospedalizzazioni inutili. Così abbiamo capito la necessità di lavorare in uno spazio che non fosse semplicemente un appartamento adattato a studio medico: dal 1996 abbiamo realizzato un nuovo studio che ci sembra più idoneo per il nostro lavoro. La struttura consta di 1 stanza d'attesa, 4 stanze visita, una piccola stanza per aerosolterapia, 1 piccola biblioteca, 2 servizi (separati per utenza e per uso personale). Lo studio è aperto al mattino e al pomeriggio. Il sabato è aperto solo al mattino, per almeno due ore, in cui pratichiamo sia ricezione telefonica sia espletamento delle urgenze. L'accesso all'utenza per le visite in orari diversi da quelli del proprio pediatra è consentito per problemi urgenti. L'accesso è libero per il ritiro di certificazioni e ricette preparate in precedenza. Abbiamo sullo stesso piano un laboratorio di analisi; perciò non abbiamo avuto bisogno di acquistare (come in un primo tempo avevamo pensato) apparecchiature diagnostiche per effettuare esami come l'emocromo, la formula, la VES, il sedimento urinario, le agglutinine a frigorifero ecc. Usiamo routinariamente stick urine e test rapido per SBEA. Per la parte assistenziale il nostro obiettivo principale è migliorare l'organizzazione del lavoro nei periodi epidemici, quando c'è una saturazione degli spazi disponibili per tenere in osservazione bambini malati. Stiamo verificando l'ampliamento del gruppo con un 4° pediatra per poter ottemperare ai doveri assistenziali senza ridurre il tempo da dedicare all'aggiornamento comune e alla ricerca in pediatria di base. Stiamo inoltre valutando l'opportunità di introdurre personale paramedico nell'attività di lavoro. Abbiamo deciso infine di trasferire le schede dei pazienti su supporto informatico per facilitare l'espletamento di ricerche.

Il gruppo di Roma

VINCENZO CALIA, MARISA LAURA CORGIOLU, TIZIANA GAZZOTTI
Pediatrati di famiglia, Roma

A 20 anni dalla sua nascita la pediatria di famiglia (pdf) è ancora lontana dall'obiettivo di risolvere in prima persona l'80% dei problemi di salute della popolazione infantile.

Non si avverte l'auspicata tendenza alla diminuzione dell'ospedalizzazione; attività importanti come le vaccinazioni sfuggono al controllo dei pdf a cui viene riconosciuto, nella migliore delle ipotesi, un ruolo di "propagandista" delle vaccinazioni facoltative. Il nostro studio si è organizzato in maniera da essere potenzialmente in grado di rispondere in prima persona al maggior numero possibile di richieste di assistenza primaria, secondo i seguenti criteri.

□ Disponibilità al contatto diretto con i pazienti mediante l'uso di 3 linee telefoniche personali e una linea telefonica di studio; le linee personali, utilizzabili per consultazioni e comunicazioni ordinarie, sono in funzione 2 ore al giorno, divise in tre fasce orarie (7,30/8,30 - 12/12,30 - 19/19,30), mentre il telefono di studio è attivo dalle 9 alle 19, ma è riservato alle urgenze.

□ Apertura dello studio con orario continuato 9-19 e con la presenza di 1 o 2 pediatri (dalle 12,30 alle 14,30 è presente soltanto una segretaria, in grado però di rintracciare velocemente un pediatra in caso di urgenza). Guardia pediatrica dalle 8 alle 22 dei giorni festivi e prefestivi, organizzata insieme ad altri 3 colleghi utilizzando un telefono cellulare (le visite vengono effettuate gratuitamente o a pagamento, secondo le norme previste dalla convenzione; in realtà la maggior parte del lavoro consiste in consulenze telefoniche).

□ Offerta di effettuare tutte le vaccinazioni e farsi carico della relativa registrazione e produzione di certificazioni. Fino a marzo 1998 l'acquisto dei vaccini era a carico della famiglia; ciononostante nel 1995 sono state somministrate direttamente da noi il 79,2% di tutte le vaccinazioni effettuate ai nostri assistiti (95,3% di quelle facoltative e 67,2% di quelle obbligatorie, che avrebbero po-

tuto essere fatte gratuitamente alla ASL); nel 1996 la copertura dei nostri assistiti per l'antimorbillo era dell'86,3% e per l'antiparotite dell'84,8%.

Da marzo 1998 il DMI della nostra ASL ci fornisce tutti i vaccini obbligatori e raccomandati (eccetto l'antiemofilo); abbiamo ragione di ritenere che la totalità dei nostri assistiti sceglierà il nostro studio per le vaccinazioni e la copertura vaccinale raggiungerà percentuali altissime.

Tre esperienze, molte differenze

PASQUALE CAUSA
Pediatra di famiglia, Pozzuoli

L'offerta di prestazioni dei nostri tre studi dipende certamente dalle nostre capacità professionali, ma dipende forse di più dal contratto di lavoro e dal contesto socio-culturale in cui lavoriamo. La mancanza di corsi sull'organizzazione del lavoro in medicina di base nella formazione universitaria, di indicazioni in questo senso da parte dei responsabili della sanità pubblica, ma anche di una cultura dell'organizzazione tra i pediatri di base, nei sindacati e nelle associazioni culturali, ha ostacolato lo sviluppo di modelli di medicina ambulatoriale. Sinora i pediatri hanno dato risposte individuali alla organizzazione del loro lavoro: i pediatri che hanno dato vita agli studi associati di Bergamo, Pozzuoli e Roma hanno organizzato il loro lavoro in rapporto a un progetto "personale", che ha risentito del contesto ambientale, oltre che della loro formazione individuale. La caratteristica di essere gruppi che hanno deciso di crescere in una sede comune, dove "unificare" un progetto culturale con il lavoro quotidiano (nella convinzione che lavorare insieme produca risultati migliori di un semplice collegamento culturale) e l'essersi dati anche compiti non esclusivamente assistenziali (ricerca, sede di gruppi locali ACP), accomuna queste esperienze. Dal punto di vista strettamente assistenziale al momento questi gruppi offrono prestazioni non sempre sovrapponibili. Il gruppo di Bergamo sottolinea la partecipazione di personale paramedico per consentire la continuità assistenziale durante la giornata,

ridurre il carico di lavoro del pediatra (nella gestione di problemi in cui non è strettamente necessario il suo intervento), consentirgli di dedicare più tempo a bambini con problemi particolari. Il gruppo di Roma sottolinea la continuità assistenziale ottenuta, oltre che con apertura continuata dello studio, con una complessa organizzazione della ricezione telefonica con l'obiettivo di arginare il ricorso ingiustificato all'ospedale, e insiste sulla centralità delle vaccinazioni nella pratica pediatrica di 1° livello. Il gruppo di Pozzuoli sottolinea la necessità di organizzare lo studio perché possa funzionare "anche" come astanteria-osservazione breve, per offrire prestazioni il più possibile qualificate anche nell'urgenza, riducendo in questa maniera sia il ricorso al pronto soccorso sia le ospedalizzazioni. Le esperienze hanno tutte il riscontro della soddisfazione delle rispettive utenze e mostrano quanto sia elevata la richiesta inevasa di prestazioni di 1° livello nella pratica della medicina di base.

Ovviamente questo non basta; a questo punto si pone il problema di "misurare" gli esiti di questo lavoro e rendere tangibili i vantaggi che lavorare insieme comporta per i pediatri e i loro pazienti.

Aspetti amministrativi e tributari

PAOLA DONATELLI

Dottore commercialista, Roma

Il "gruppo pediatrico" è una particolare forma organizzativa, che permette, a un massimo di 4 professionisti, di riunirsi in un'unica struttura per svolgere in comune l'attività professionale, condividendo esperienze e oneri di gestione. Il problema che discende dalla scelta del "gruppo pediatrico" è di ordine amministrativo: conciliare le esigenze di questa forma organizzativa con le norme vigenti. Il maggior ostacolo è costituito dal fatto che le convenzioni sono personali: ogni pediatra è titolare di una convenzione e il "gruppo" non può esserne intestatario in proprio. Allo stato attuale, i professionisti possono esercitare l'attività in forma individuale o costituendo un'associazione professionale. Per gesti-

re il "gruppo pediatrico" la forma più adatta sarebbe quella dell'associazione professionale, una figura propria del diritto tributario con autonomia economico-patrimoniale. Per costituire un'associazione professionale è sufficiente una scrittura privata, in cui si prevede la divisione dei costi e dei ricavi fra gli associati, in base alle quote di partecipazione. Ma nell'associazione professionale i ricavi fatturati dall'associazione stessa sono comuni e sono ridistribuiti fra i singoli associati solo alla fine dell'anno, al netto delle spese di gestione, in base alla quota di partecipazione. Essendo però la convenzione pediatrica personale, non si avrebbe l'identificazione fra il soggetto che emette la fattura e percepisce il reddito (associazione) e il sottoscrittore della convenzione (singolo pediatra). Perciò l'unica soluzione è che ogni pediatra del gruppo, fiscalmente, eserciti l'attività individualmente. Questa impostazione, pur non rispondendo pienamente alle esigenze del "gruppo", rappresenta una situazione di compromesso che va gestita secondo particolari modalità. È necessario che ogni pediatra sia titolare di partita IVA personale e che, per semplicità della gestione, uno dei partecipanti al gruppo si intesti tutti i contratti (utenze, affitti, lavoro dipendente, ecc.). La gestione avverrà nel seguente modo:

ogni pediatra emetterà le proprie fatture attive;

l'intestatario dei contratti, con cadenza periodica, emetterà, per ogni collega del "gruppo", una nota di debito in cui indicherà analiticamente le singole quote di spesa da addebitare.

La nota di debito deve essere annotata fra le spese da chi la riceve e indicata in diminuzione delle spese da chi la emette. Così facendo, ogni partecipante al "gruppo pediatrico" potrà indicare nella propria contabilità tutti i costi che realmente sostiene. Questa forma di gestione ha anche un riflesso sull'applicazione dei parametri di congruità del reddito professionale. L'amministrazione finanziaria, infatti, nell'applicarli, attribuisce un diverso peso alle differenti voci di costo. Per questo motivo è quindi anche importante che ogni professionista indichi nella propria contabilità i diversi costi che sostiene, distinti per categoria. È però necessario che nella nota di debito si evidenzino solo i costi, divisi in base alle diverse quote di partecipazione, senza alcun aumento, altrimenti si configura un'attività lucrativa, da assoggettare a IVA, con tutte le conseguenze del caso.

La pediatria di gruppo come "work in progress"

GIANNI CASO

Pediatra di famiglia, Bergamo

Ci sembra evidente che non è possibile individuare una ben precisa "via italiana" alla pediatria di gruppo, dato anche il contesto economico-normativo, che limita il perseguimento di obiettivi di lungo respiro, sia sul piano privatistico sia nell'ambito del SSN. D'altra parte, la pediatria di gruppo soddisfa l'esigenza comune di uscire dall'isolamento e di condividere almeno la routine quotidiana, ed è un modulo elastico, in grado di adattarsi a contesti economici e normativi diversi o mutati. Allo stato attuale, pertanto, si può parlare della pediatria di gruppo come di un processo per gradi (*Tabella 1*) che, partendo da obiettivi minimi di condivisione di mezzi e routine, può portare, con la spontanea maturazione dei pediatri e/o del contesto, a forme organizzative e assistenziali più articolate.

Conclusioni: un progetto per il futuro

VINCENZO CALIA

Pediatra di famiglia, Roma

La formazione di studi di gruppo è un processo tutt'altro che facile; numerosi sono gli ostacoli da superare. Innanzitutto bisognerà che i pediatri rinuncino a uno stile di lavoro "impiegatizio", dove conta il rispetto formale di orari e regole, più di quanto non conti l'adesione alle necessità dei propri assistiti e l'entusiasmo di sviluppare la propria attività professionale. Ma anche le rigidità "burocratiche" del contratto dovranno essere superate (perché per esempio limitare a 4 il numero dei pediatri che posso-

POSSIBILI STADI DI SVILUPPO DI UNA ATTIVITÀ DI PEDIATRIA DI GRUPPO

Stadio 0

Condivisione di strutture (sala d'attesa, sala visita a rotazione, strumentario non complesso)
Sostituzione reciproca abituale il sabato, per ferie, per assenze occasionali

Stadio 1

Compresenza in studio di almeno 2 pediatri per un tempo sufficiente
Armonizzazione orari di visita in modo da ampliare l'accessibilità a un pediatra per problemi urgenti
Individuazione di momenti regolari di confronto tra i pediatri

Stadio 2

Condivisione di comportamenti diagnostico-terapeutici e coordinamento delle attività dei pediatri per obiettivi assistenziali comuni (continuità assistenziale)
Centralizzazione delle telefonate
Personale segretariale con mansioni burocratico-amministrative e/o di ricezione telefonate
Condivisione di spese per strumentario complesso e di costo elevato (audioimpedenzometro, PCR, contaglobuli, microscopio ecc.)
Schema di cartella clinica comune
Attuazione di programmi di verifica di qualità

Stadio 3

Attribuzione a personale paramedico anche di funzioni abitualmente svolte dal pediatra (educazione sanitaria verso il singolo, consulenza telefonica di primo livello, bilanci di salute, esecuzione di test diagnostici e/o di terapie compatibili con la qualifica ecc.)
Collegamento in rete informatica tra pediatri e con personale paramedico

Stadio 4

Compresenza di personale segretariale e personale paramedico, con funzioni differenziate
Attribuzione a personale paramedico di funzioni socio-sanitarie (visite domiciliari perinatali, monitoraggio dei fattori di rischio sociosanitario, educazione sanitaria rivolta a gruppi di pazienti ecc.)
Ambulatori orientati per gruppi di pazienti (cronici, specialistici)
Didattica tutoriale

Stadio 5

Struttura e organizzazione adeguate a far fronte, 7 gg alla settimana e 24 ore al giorno, a urgenze ed emergenze, piccola chirurgia ecc.

Tabella I

no formare un gruppo?). Per non parlare della mentalità delle famiglie che spesso preferiscono il pediatra "sotto casa" e non vedono i vantaggi che deriverebbero loro dall'essere assistiti da un'organizzazione più articolata ed efficiente.

Molti ostacoli ancora derivano dalle differenze culturali, dalla concorrenza a volte malsana che i medici si fanno fra

loro. Le stesse ASL sono tutt'altro che propense ad affidare ai pdf quei compiti di assistenza primaria che pure questi ultimi potrebbero svolgere in maniera molto efficiente e a costi molto competitivi. La tendenza alla frammentazione dell'assistenza (a me le visite ambulatoriali e domiciliari, a te le vaccinazioni, a un altro le certificazioni sportive, a un altro ancora le urgenze ecc.) è ben pre-



sente nell'organizzazione sanitaria e rappresenta un forte ostacolo alla centralizzazione sulla figura del pdf di tutti i compiti che teoricamente gli competono. È d'altro canto l'ospedale non rinuncerà facilmente alle attività di ambulatorio di pediatria generale di cui si è surrettamente impadronito (day hospital inutili, pronto soccorso affollato, ricoveri per problemi banali). Perché questo scenario possa cambiare, è necessaria una dimostrazione forte della "convenienza" per il sistema e per l'utenza di disporre di una rete di studi pediatrici associati in grado di coprire al meglio la richiesta di cure primarie. Programmare e realizzare indagini mirate a valutare questa convenienza è il nostro compito per il prossimo anno; per raggiungere questo obiettivo ci siamo dati uno strumento di collegamento fra noi. Si tratta di una newsletter che circola fra un centinaio di pediatri interessati a questo discorso e sparsi su tutto il territorio nazionale. Chi volesse riceverla può scrivere a: Lettera Pediatrica, via Etruria 65 - 00183 Roma. Fax. 06-70497587, e-mail: spauno@flashnet.it

Associazione Culturale Pediatri

CORSO NAZIONALE

" IL PEDIATRA E L'ABUSO ALL'INFANZIA "

Matera, 13-14 novembre 1998

Per informazioni, rivolgersi al dott. Nicola D'Andrea. Tel 0835/243328 - 243293