

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

Seconda parte

LEO VENTURELLI, GIANNI CASO

Pediatr di famiglia, Studio associato di gruppo, Bergamo

Questo secondo tempo della ricerca della qualità comprende a sua volta due parti distinte. La prima parte riguarda sia il monitoraggio dei pazienti con patologia cronica o ricorrente e dei bambini sani (bilanci di salute) sia il monitoraggio dell'attività globale nei suoi aspetti qualitativi e quantitativi. La seconda parte riguarda gli strumenti culturali e materiali necessari per essere un pediatra sufficientemente buono. Il computer fa la parte del leone.

QUARTA FASE: IL FOLLOW-UP OVVERO I CONTROLLI

Il monitoraggio dei pazienti

La professionalità del pediatra si esplica non solo nel dare risposte alla fase acuta della malattia, ma soprattutto nel riuscire a seguire nel tempo i propri pazienti, in modo da garantire loro un controllo costante della salute nel caso dei bambini sani, ma anche un controllo degli eventi morbosi, quando si tratta di malattie croniche o ricorrenti. Fa parte del rapporto di fiducia tra medico e famiglia il cercare di essere sempre il punto di riferimento per i genitori, quando una patologia porti il bambino a essere ricoverato o ad accedere periodicamente a strutture specialistiche.

Nel caso dei bilanci di salute l'impegno deve essere volto a programmare le visite successive secondo un calendario concordato, facendone partecipi i genitori.

Nel caso delle visite per patologia acuta il pediatra decide con i genitori su successivi controlli atti a verificare la guarigione o l'andamento della malattia.

Nel caso di problemi ricorrenti l'impegno si allarga a dare ai genitori indicazioni relative al tipo di patologia, a fornire linee guida terapeutiche sul che fa-

THE ORGANISATION OF PAEDIATRIC PRACTICE IN ITALY: STEPS TOWARDS QUALITY Part II (*Medico e Bambino* 20, 379-385, 2001)

Key words

Paediatric practice, Office organisation, Quality of care

Summary

In the second part of the article devoted to the steps taken in their paediatric practice to improve the quality of care, the Authors describe how informatisation has been useful in planning periodic controls for patients affected by chronic or recurrent diseases and in remaining families about the planned well-child visits and immunizations. Periodic monitoring of diagnostic and therapeutic procedures is also carried out through a series of quantitative and qualitative indicators. Evaluation of patient satisfaction was carried out twice: in 1993 (questionnaire) and in 1999 (focus group). The equipment which is currently used in the office for diagnostic self-help, as well as an evaluation of its usefulness, is also provided. Finally, the Authors describe their involvement in continuous medical education and teaching programmes.

re, quando portare ai controlli il bambino, quali suggerimenti fornire per le terapie ripetibili a domicilio.

Nel caso dei bambini con patologia cronica la richiesta dei genitori è quella di ricevere un supporto non solo sanitario, ma spesso anche morale nel seguire il bambino ammalato. Il contatto con le strutture di terzo livello, la conoscenza e l'applicazione di percorsi assistenziali programmati per alcune forme morbo-

se, la disponibilità al contatto con i servizi socio-assistenziali sono solo alcuni dei fattori che migliorano la qualità dell'intervento medico.

Un registro per patologie e per situazioni a rischio può diventare un sistema utile per monitorare i propri assistiti.

Nel nostro studio il sistema informatico ha facilitato la conoscenza dei nostri assistiti e la realizzazione di alcuni regi-

stri; la Tabella I evidenzia, per due pediatri dello studio, gli assistiti con patologia cronica o grave; in Tabella II sono invece elencate le patologie serie o ricorrenti: i bambini inseriti in questa tabella godono di un'attenzione particolare in quanto necessitano di controlli ematocimici, microbiologici, specialistici periodici o di programmi terapeutici mirati.

L'essere collegati per via informatica all'ufficio vaccinazioni della Azienda sanitaria ci permette di essere a conoscenza in tempo reale della situazione vaccinale di tutti i nostri assistiti; peraltro la copertura vaccinale a Bergamo e provincia ci viene segnalata periodicamente dal bollettino del Servizio di Igiene Pubblica della ASL'.

Qualche esempio tra le iniziative volte a prestare maggiore attenzione ai bambini assistiti, esempi, cioè, di medicina attiva:

□ i bilanci di salute vengono programmati da un controllo all'altro: se i genitori saltano un appuntamento, l'infermiera chiama la famiglia per conoscerne il motivo;

□ all'inizio della primavera vengono contattate per telefono le famiglie dei pazienti pollinosici perché inizino le terapie preventive o si dotino dei farmaci occorrenti per attacchi allergici;

□ in ottobre si avvisano i genitori dei bambini che necessitano di vaccino antinfluenzale.

Verifica e controllo del processo

È importante che un pediatra si doti di strumenti per monitorare e valutare il processo dell'assistenza, tanto più che attività routinarie e richieste spesso incongrue tendono a monopolizzarne le energie, non lasciando spazio alla possibilità di mantenere un'attenzione critica al proprio lavoro e uno sguardo attento verso l'esterno, cioè verso i bisogni di salute emergenti.

La verifica è tanto più importante per moduli più complessi, come la pediatria di gruppo o l'associazionismo, in cui il processo è più articolato. L'attribuzione poi all'infermiera di compiti solitamente svolti in prima persona dal pediatra richiede particolare attenzione e sorveglianza sulle modalità e qualità delle prestazioni.

Il percorso valutativo deve tendere a individuare eventuali punti critici nel processo dell'assistenza, per poi analizzarli e, se necessario, apportarvi modifiche migliorative.

Un primo metodo è il monitoraggio quantitativo e qualitativo delle prestazio-

BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA IN CARICO A DUE PEDIATRI CON 880 ASSISTITI (1998)

Patologia	Pediatra A	Pediatra B
Ritardo mentale	4	4
Obesità grave	4	1
Epilessia	3	3
Psicosi	3	2
Paralisi cerebrale	3	2
Distrofia-miopia	2	1
Celiachia	2	4
Cardiopatía sintomatica	2	2
Down	2	1
Altre cromosomopatie	2	0
Sordità	1	0
Sclerosi tuberosa	1	0
ARG	0	1
Palatoschisi	1	0
Asma grave	1	0
Bronchiectasie	0	1
Mucoviscidosi	1	0
Deficit selettivo di IgA	0	1
Emofilia	0	1
Totale	32 (3.6 %)	24 (2.7 %)

Tabella I

BAMBINI CON PATOLOGIA RICORRENTE O PROBLEMI SERI IN CARICO A DUE PEDIATRI CON 880 ASSISTITI

Patologia o problema	Pediatra A	Pediatra B
Asma non grave	40	32
Rino-congiuntivite allergica	28	20
Dermatite atopica	23	31
Appartenenti a famiglie a rischio	21	20
IRR	20	36
Obesità media	20	12
Ambliopia/strabismo	19	13
DAR	15	15
Problemi neuropsichiatrici e comportamentali	13	17
OMAR	10	16
Cefalea ricorrente	9	10
Cardiopatía asintomatica	8	12
GER	3	3
IVU	2	3
Disgnazia 3ª classe	2	4
Totale	234 (26.7%)	244 (27.72%)

Tabella II

ni fornite: di questo esistono già molti esempi. Tutti i pediatri possiedono delle schede relative ai propri pazienti; ma questo strumento risulta essere tanto più utile quanto più i dati segnalati possono servire a qualificare l'intervento sanitario; la raccolta dati deve perciò essere accurata, possibilmente orientata a far risaltare i problemi aperti. Conoscere la tipologia dei propri assistiti, la loro età, la presenza di problemi seri o ricorrenti o cronici è il primo passo per il mi-

glioramento della qualità, in quanto i dati epidemiologici consentono di monitorare, analizzare ed eventualmente modificare il proprio progetto di assistenza². Se poi le schede cartacee vengono sostituite da sistemi e archivi informatici, la possibilità di controllo del proprio operato e di verifica dei dati sui propri pazienti risulta molto semplificata e rapida, a patto che esistano da un lato sistemi software efficienti e dall'altro un metodo univoco di inserimento dati. Si pensi al-

MONITORAGGIO
DELLE PRESTAZIONI

Prestazioni monitorate

Boel test
Colloqui con genitori per neonati
Controlli auxologici
Controlli preiammissione per malattia infettiva
Denuncia di malattia infettiva
Colloqui per divezzamento
Medicazioni
Prescrizioni di accertamenti
Prick test
Rimozione punti di sutura
Stick urine
Tamponi rapidi per SBEA
Telefonate al laboratorio per anticipazioni esami
Teleprenotazioni
Terapie iniettive
Test ambliopia
Visite in astanteria
Visus

Principali dati attualmente ottenibili

Numero e tipo di prestazioni per medico curante
Numero di prestazioni per tipo di prestazione
Numero e tipo di prestazioni per esecutore
Numero e tipo di prestazioni per paziente
Numero e tipo di prestazioni per giorno e ora
Rapporto tra numero di test eseguiti e numero di test positivi (Test SBEA, Stick urine, Prick test) per medico prescrittore
Rapporto tra numero di test eseguiti e numero di test positivi (Test SBEA, Stick urine, Prick test) per esecutore
Report delle prestazioni aggiuntive per l'ASL
Individuazione dell'esecutore per ogni singola prestazione
Rapporto tra risultato dello stick urine ed esito della eventuale urinocoltura e/o esame urine
Motivazioni delle visite in astanteria
Numero di denunce di malattie infettive per tipo

Obiettivi attuali

Quantificare le prestazioni dello studio
Confrontare le abitudini prescrittive dei medici
Verificare l'accuratezza delle prescrizioni
Verificare e confrontare le modalità di esecuzione di alcuni test
Razionalizzare la distribuzione delle prestazioni nel corso della giornata e della settimana
Automatizzare alcune procedure burocratico-amministrative
Confrontare l'utilizzo del personale da parte dei singoli medici

loro come possa risultare semplice eseguire indagini, anche tra più pediatri, sulla popolazione assistita, sul numero delle visite, sulla prescrizione di esami o di visite specialistiche, sulla spesa farmaceutica ecc.

Un'altra opportunità di auto-monitoraggio è la misurazione del gradimento dell'utenza, che ha ovviamente il limite di esprimere "un" punto di vista, quello della qualità percepita, che non necessariamente riflette dei veri bisogni di salute, ma che può essere comunque utile nell'individuare punti critici nel processo di assistenza e in particolare nell'accesso, specie se si può utilizzare l'aiuto di esperti.

Già da prima della nostra esperienza in gruppo ciascuno di noi si serviva del mezzo informatico, e in particolare del software di cartella clinica, non solo per memorizzare più agevolmente i dati relativi alla storia clinica dei nostri pazienti, o per automatizzare procedure burocratiche come la stampa dei certificati o delle ricette, ma anche e soprattutto per eseguire ricerche epidemiologiche e valutazioni del nostro operato. Abbiamo continuato a farlo in gruppo utilizzando uno stesso software di cartella clinica informatizzata (Elisa), cercando da un lato di individuare una codifica comune, dall'altro di utilizzare i dati di ciascuno di noi per confrontarli e approfondire i motivi di eventuali differenze.

Particolare attenzione abbiamo dedicato nella nostra esperienza alla cura e al mantenimento della qualità della risposta telefonica dell'infermiera. Questa, come si è detto, poggia le sue basi su una preparazione teorica³ e su linee guida orientate per problemi, sia in generale che specificamente in funzione della risposta telefonica. La verifica è avvenuta inizialmente soprattutto tramite la discussione collegiale di casi problematici o di accessi impropri, con lo scopo sia di controllare l'aderenza dell'infermiera alle linee guida, sia la correttezza e la utilità pratica dei protocolli stessi, che all'occorrenza hanno subito ritocchi o modifiche sostanziali; un altro metodo utilizzato è stato la simulazione delle telefonate, con la tecnica del Role Play. Il riascolto e la discussione collegiale di telefonate realmente pervenute e registrate si rivela attualmente un metodo molto utile per il controllo e il miglioramento della tecnica di risposta dell'infermiera.

L'aggiungersi con il tempo di un numero sempre maggiore di prestazioni erogate dall'infermiera ha reso necessario

dotarsi di un sistema che ne consenta sia il monitoraggio quantitativo, sia un'analisi più approfondita anche da un punto di vista qualitativo. Non essendo praticabile la via della registrazione manuale su mezzo cartaceo e in assenza di un software adeguato, abbiamo realizzato, con la consulenza di un esperto programmatore, un programma specifico in ambiente Access, le cui caratteristiche generali sono:

il funzionamento in rete, per cui l'inserimento, il recupero e l'analisi dei dati possono essere effettuati da uno qualsiasi degli utenti della rete;

una modalità di inserimento dei dati facile e rapida, che non appesantisca il lavoro;

una modalità di recupero e analisi dei dati rapida e facilitata da ricerche e report "preconfezionati", attivabile con pochi semplici comandi;

una struttura elastica e facilmente adattabile a nuove esigenze di valutazione.

Il monitoraggio è partito il primo luglio del '99 e, dopo una fase di prova di tre mesi, necessaria per individuare eventuali problemi, è oramai entrato a pieno regime. Nella Tabella III sono riportate le prestazioni attualmente monitorate, alcune delle "risposte" ottenibili in modo facilitato, e i principali obiettivi del monitoraggio. Per buona parte delle prestazioni è prevista solo la determinazione quantitativa globale, mentre per altre vengono inserite ulteriori specifiche e dettagli. È utile ribadire che il monitoraggio non ha alcuna pretesa di dimostrare l'efficacia o l'efficienza del gruppo o dell'infermiera, ma rappresenta a nostro avviso un utile strumento per evidenziare, discutere ed eventualmente modificare il processo di erogazione delle prestazioni.

L'altra strada da noi percorsa è la valutazione del gradimento da parte dell'utenza, avvenuta in due occasioni distinte: nell'inverno del '93, poco dopo l'inizio della attività del gruppo e, recentemente, agli inizi del '99.

Nel 1993 l'obiettivo principale era tastare il polso dei genitori dei nostri assistiti in un momento in cui erano alle prese con radicali cambiamenti nell'accesso, e soprattutto col ruolo centrale improvvisamente assunto dall'infermiera. Venne utilizzato un questionario, i cui risultati sono stati pubblicati su Medico e Bambino⁴. Nel '99 si è invece scelta la formula del Focus group, un'intervista con un piccolo gruppo di utenti dello studio gestita da due esperti del settore⁵; partendo, contrariamente al solito, dal punto di vista dell'utenza, il Focus Group ha anche per-

Tabella III

messo di ottenere utili indicazioni per la realizzazione di un questionario di gradimento, che si vorrebbe ora sottoporre agli assistiti dei principali gruppi di pediatri italiani.

QUALI SONO GLI STRUMENTI UTILI?

Gli strumenti "classici"

Una significativa disamina degli accessori di studio è stata già compiuta da gruppi di ricerca in VRQ⁶: accanto ad oggetti considerati indispensabili da parte di quasi tutti i pediatri, ve ne sono altri che vengono utilizzati da circa la metà degli intervistati: si parla di strumenti utili, come i test rapidi per streptococco; ci sono poi pochissimi pediatri (lo 0,33%) che utilizzano strumenti qualificanti, come il microscopio, l'impedenzometro, lo spirometro. La pratica di gruppo o dell'associazionismo potrebbe senza dubbio favorire la migliore qualificazione professionale anche grazie alla condivisione dei costi spesso elevati di apparecchiature come l'audiometro, il microscopio, lo spirometro, il test per la PCR, il podoscopio.

Il computer

Il mezzo informatico è oramai da considerare uno strumento qualificante per un pediatra. Accanto all'utilizzo della cartella clinica informatizzata, esistono l'agenda Office per gli appuntamenti, la posta elettronica, l'accesso a banche dati tramite internet, programmi di ricerca su dati epidemiologici. Occorre qui fare qualche considerazione sul software di cartella clinica. Ne esistono diversi, tutti molto e sempre più validi, nessuno ideale, in quanto nessuno in grado di adeguarsi completamente alle esigenze di ciascuno. C'è chi vi vede esclusivamente uno strumento di memorizzazione della storia del paziente, mentre altri lo utilizzano soprattutto per sbrigare procedure burocratico-amministrative; altri ancora esigono di più sul piano della riutilizzazione dei dati a scopo di ricerca: questi possibili indirizzi non sempre sono tra loro compatibili e quindi, per la scelta del software, sarà opportuno prima fare un'analisi delle proprie esigenze. È auspicabile che nel tempo i software divengano sempre più compatibili tra loro, sia perché pediatri che usano programmi diversi possano scambiarsi i dati, sia per essere in grado, all'occorrenza, di cambiare programma senza dolorose e insopportabili perdite di dati. In questo senso, esistono

ancora programmi che non consentono in alcun modo non tanto, ovviamente, di prelevare dati da altri programmi, ma di trasferire dati in altri programmi.

L'utilizzo del mezzo informatico non deve far perdere di vista il significato profondamente umano dell'atto medico. Particolare attenzione, quindi, va prestata alle modalità di utilizzo del computer in presenza del paziente e dei genitori, in modo da non penalizzare quelle caratteristiche di empatia, di ascolto, di buona comunicazione che sono sicuramente più importanti di una automatizzazione, per quanto efficiente, del proprio lavoro.

Nel nostro studio abbiamo in rete 4 stazioni (3 pediatri + l'infermiera), ciascuna con doppia stampante, modem e gruppo di continuità; abbiamo poi uno scanner e un masterizzatore. Grazie alla rete vengono condivisi documenti Office o scannerizzati, le cartelle cliniche dei nostri pazienti (software Elisa), il sistema di prenotazione delle visite, la rubrica degli indirizzi utili e le comunicazioni tra il personale dello studio (software Schedule), il sistema di monitoraggio delle prestazioni (software Studio), alcune tabelle di pronta consultazione come il dosaggio dei farmaci antifebbrili, il salvataggio periodico dei dati (software Easy CD Creator con masterizzatore), la gestione di alcune stampanti come una di quelle dell'infermiera e una stampante a colori. Come già riferito più sopra, siamo collegati con la sede ASL e con il servizio vaccinazioni. Ogni computer ha accesso autonomo ad Internet.

Giova ricordare un motto nella sala visita di uno di noi: «La nostra è un'era che va orgogliosa delle macchine che pensano e che diffida degli uomini che si sforzano di farlo».

Materiale per educazione sanitaria

Lo studio medico ben si presta a essere sede di informazioni sanitarie per gli assistiti: in sala d'attesa, l'affissione di manifesti di contenuto educativo è auspicabile, anche se bisogna selezionare gli argomenti o seguire strategie di educazione sanitaria programmata tramite campagne informative che interessino anche altri presidi sanitari. Anche l'uso di riviste apposite, selezionate e consigliate ai genitori è un modo di diffondere messaggi educazionali. Schede di consigli anticipatori su problemi di puericultura o di piccola patologia che richieda automedicazione sono usate da anni, a rinforzo della comunicazione

orale, da gruppi di pediatri, specie quando tali gruppi sono composti da medici che operano in un territorio limitato^{7,8}: le informazioni sanitarie risultano condivise prima di tutto dagli stessi pediatri, che diffondono messaggi univoci ai genitori, con soddisfazione reciproca.

Le schede per genitori vengono correntemente usate nel nostro ambulatorio, sia durante le consultazioni riguardanti i bilanci di salute, sia durante le visite per patologia. Alcune di queste schede vengono distribuite ai genitori direttamente dal personale infermieristico. Per i genitori interessati vengono lasciati in visione alcuni testi inerenti argomenti di psicologia dello sviluppo o di educazione sessuale o di salute ambientale, con la relativa nota bibliografica per l'acquisto.

Il self-help diagnostico

Ci sono alcuni strumenti che aiutano il pediatra a fornire una più qualificata assistenza, specie nella fase diagnostica; si possono dividere in 3 categorie:

□ *per diagnostica rapida*: servono al medico per garantire una diagnosi più accurata in tempi brevi: stick urine, test rapido per streptococco, microscopio per globuli bianchi, formula leucocitaria, ricerca uova parassiti, PCR, VES ecc.;

□ *per diagnostica specialistica*: qualificano l'atto medico orientato a particolari settori specialistici: prick cutanei, spirometro per la diagnostica allergologica; audio-impedenzometro per la diagnostica ORL; lampada di Wood, set chirurgico per la parte dermatologica; podometro, scoliometro per il settore ortopedico;

□ *per diagnostica in ambito di diagnosi precoce*: aumentano la sensibilità del medico nel valutare organi o apparati: boel-test o reattometro per la funzione uditiva, stereo-test di Lang per l'accertamento dell'ambliopia, le tavole di Ishihara per il daltonismo ecc.

Per le prestazioni in regime libero professionale è esposto in bacheca un avviso che informa l'utenza del costo di tali prestazioni e delle alternative offerte ad esse dal S.S.N.

Ecco alcuni dati sulle prestazioni diagnostico-laboratoristiche relative all'anno 2000:

□ *Esame urine mediante strisce reattive (10 test): 215*

□ *Test rapido per ricerca streptococco su essudato tonsillare: 200*

□ *Prick cutanei per allergopatie: 39*

- *Visus*: 246
- *Test ambliopia*: 126
- *Boel-test*: 111

È abbastanza evidente che, pur essendo presso di noi un locale adibito a laboratorio, esso risulta di fatto ancora relativamente sottoutilizzato; i motivi sono molteplici:

□ Il particolare impegno profuso nell'inserire, formare e monitorare il personale infermieristico per il ruolo centrale che svolge nel nostro studio.

□ L'investimento economico e di energie in quegli strumenti, come l'informatizzazione, a nostro modo di vedere prioritari in quanto funzionali al consolidamento e all'integrazione del gruppo.

□ L'atteggiamento mentale dei 3 pediatri orientato più verso l'utilizzo dei servizi ASL e in genere forniti dal SSN che verso il privato. È un atteggiamento in fase di evoluzione, viste anche le grosse carenze che purtroppo tali servizi sempre più dimostrano.

Formazione permanente

A prima vista l'aggiornamento può sembrare un optional nell'attività del pediatra, ma è risaputo che la professionalità necessita di continua formazione⁹, sia individuale (lasciata al singolo pediatra e gestita quasi sempre mediante lettura di articoli scientifici), sia collettiva: i corsi di aggiornamento, definiti obbligatori secondo l'ACN, non sono ancora una realtà diffusa in tutte le Aziende sanitarie, legati come si può ben capire a capitoli di spesa non sempre previsti nei bilanci delle aziende sanitarie.

La formazione può avvenire inoltre anche per piccoli gruppi spontanei, alla pari, che si aggregano in singole realtà e che spezzano spesso quell'isolamento di cui si sente vittima il pediatra ambulatoriale. Una rete italiana di gruppi simili, alcuni più strutturati, altri meno, è di fatto in Italia esistente e agisce sotto l'egida dell'ACP¹⁰.

Il nostro studio è sede mensile degli incontri dell'ARP, una associazione di pediatri di famiglia, i quali si riuniscono come gruppo alla pari per discutere di casi clinici, di problematiche ambulatoriali, di schede per genitori.

Tutti e tre i pediatri dello studio associato sono soci dell'ARP e dell'ACP.

Attività di tutor per specializzandi

L'ambulatorio del pediatra deve essere anche utilizzato nell'ambito della formazione accademica del corso di specia-

DATI CORRENTI DI CONFRONTO TRA PEDIATRI CON 880 BAMBINI ASSISTITI

	Pediatra A (1998)	Media ped. (BG '93)	Pediatra C (1996)	Media ped. (FI '93)
Visite totali/anno	3594	3500	3712	3900
Visite domiciliari (%)	26 (0,7%)	250 (7,1%)	106 (2,8%)	1350 (34,6%)
Visite/bambino/anno	4.1	4.1	4.6	4.8
Visite medie/giorno	13.2	12	13.4	14
Bilanci salute/anno	991 (27,5%)	non noto	538 (14%)	non noto
Telefonate/anno	7176	5000	non noto	non noto
Telefonate/giorno	26 (14)	18 (10)	non noto	18 (10)

Tabella IV

lizzazione: l'aspetto dell'assistenza pediatrica nell'area delle cure primarie è ancora poco sentito e valorizzato nel mondo universitario; la frequenza presso lo studio del medico di famiglia è un tassello ancora mancante nel piano di studi della specialità in pediatria.

Per ora poche esperienze pilota¹¹ sono funzionanti in Italia, ma è necessario definire anche legislativamente un sistema di frequenza negli studi dei pediatri, che si pongono come tutor nei confronti degli specializzandi, come del resto avviene nella preparazione post laurea dei futuri medici di famiglia.

Particolari requisiti di preparazione alla didattica tutoriale potrebbero essere richiesti ai pediatri interessati.

Il nostro ambulatorio è inserito da 6 anni nell'attività tutoriale in collegamento con l'Università di Milano-Bicocca: ha seguito fino ad oggi 3 specializzandi in pediatria con frequenze corrispondenti a 30 accessi/anno ciascuno.

I genitori dei nostri assistiti hanno accettato senza particolari difficoltà l'ingresso di un medico in formazione durante le visite: solo in caso di richieste di colloqui con i genitori si preferiva evitare la presenza dello specializzando; la particolare strutturazione dello studio e il sistema di delega di molte attività all'infermiera hanno consentito un tirocinio basato sull'apprendimento di diverse funzioni con diversi referenti in studio (per le telefonate e per la parte certificativa le infermiere hanno fatto da referenti).

Sono state anche elaborate 3 tesi di specializzazione inerenti problemi connessi con l'attività del pediatra di famiglia; in più un medico del gruppo riveste il ruolo di professore a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca per l'insegnamento della Pediatria Ambulatoriale.

QUANTO LAVORA UN PEDIATRA DI FAMIGLIA?

Si è cercato di dare dei dati epidemiologici dell'attività del pediatra, almeno per alcuni parametri più facilmente rilevabili e confrontabili con indagini pregresse similari.

La Tabella IV mette a confronto alcuni dati epidemiologici desunti da indagini storiche avvenute negli anni scorsi in 3 diverse località: le rispettive ricerche sono comparse sulle pagine di questa stessa rivista^{12,13}.

Si può notare come il numero assoluto di visite che vengono eseguite nell'attività pediatrica variano da 3500 a 3900, con una media di visite annue per bambino assistito che è di 4.1 per i pediatri bergamaschi (sia nell'indagine del '93 che nei dati raccolti da Venturelli nel '98), di 4,8 per i tre pediatri dell'area fiorentina nel '93; rapportati alla giornata lavorativa media, si ottiene che un pediatra massimalista con 880 bambini in carico esegue 12-14 visite al giorno.

È pur vero che a Bergamo e in periferia di Milano le visite sono prevalentemente ambulatoriali, mentre a Firenze più di un terzo sono eseguite a domicilio del paziente. (NB: Venturelli ha eseguito in un anno meno dell'1% di visite a domicilio). L'esecuzione dei bilanci di salute è parte ormai integrante della nostra attività: il computo di tali visite però non si riferisce solo ai controlli previsti negli accordi (peraltro limitati ai primi 5-6 anni di vita), ma riguarda tutti i bilanci di salute ritenuti tali dal medico.

Il loro numero comunque è maggiore quanto è consistente la coorte di lattanti in carico al pediatra. Questa dipende in parte dall'età del pediatra (più è giovane, più numerosi saranno i neonati e i lattanti). Nella Figura 1 si può osservare la distribuzione per fasce di età dei bambini in carico di uno di noi (Ventu-

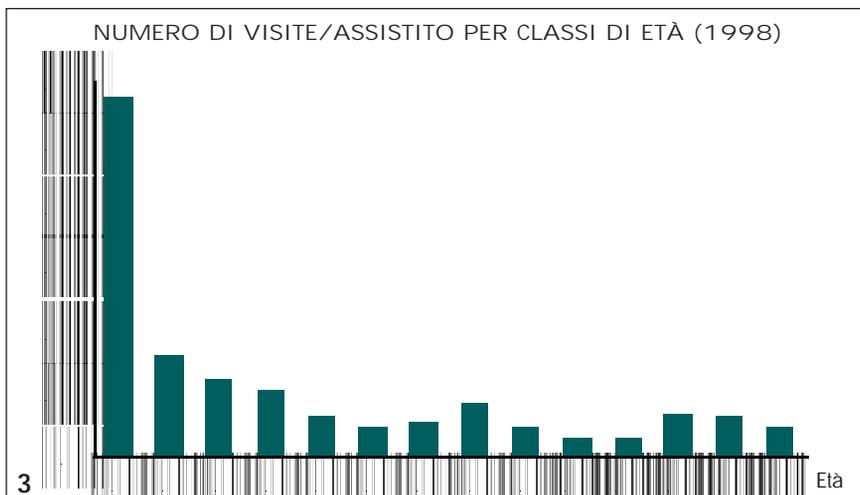
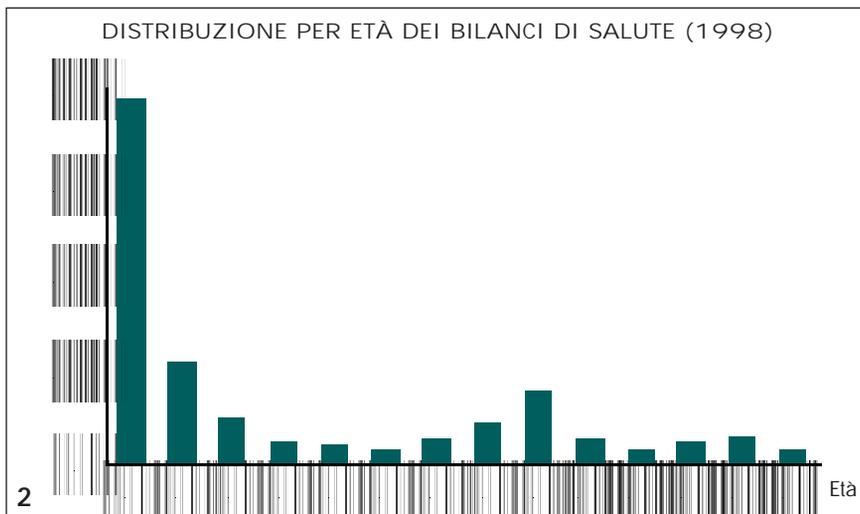
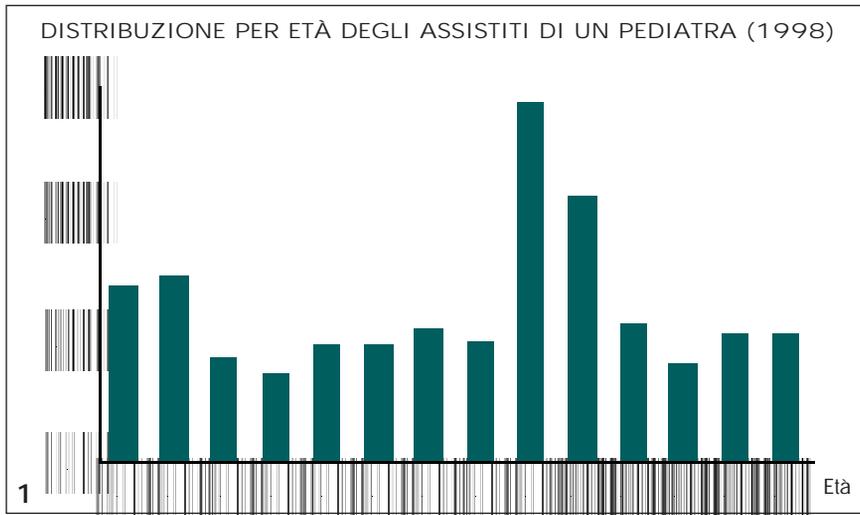


Figure 1, 2 e 3. Il monitoraggio dell'attività assistenziale del pediatra.

relli): i bambini con meno di 1 anno sono 69 e questo produce quasi 400 bilanci di salute eseguiti nella stessa coorte, come si vede nella *Figura 2*. Questo vale anche, più in generale, per tutti i *tipi di visita*, che sono molto più frequenti nel lattante (*Figura 3*).

La *patologia respiratoria* è quella che detiene il primato delle consulenze: 1530 sono state le visite relative, pari al 42,5% del totale delle consultazioni. Un'indagine campionaria eseguita a Bergamo nel 1991 su 8 pediatri dava una percentuale del 57% sul totale di visite in un periodo di osservazione limitato a 6 mesi da gennaio a giugno¹⁴.

Interessante è anche il dato relativo alle 2 *prime cause* di richiesta di visita:

- *tosse*: 928 visite, pari al 25,8%
- *febbre*: 800 visite, pari al 22,2%

Queste due sole cause di consultazione condizionano quasi il 50% delle visite totali.

Le visite richieste per *diarrea* sono state solo 48, pari all'1,3%: sempre più spesso tale patologia è gestita a casa dalle famiglie, con l'aiuto di consigli telefonici somministrati dall'infermiera e di indicazioni scritte nelle schede di educazione sanitaria consegnate ai genitori in occasioni simili.

È comunque riduttivo pensare di quantificare tutto di un'attività, specie quando le variabili da considerare rispetto alla professione sono tutte quelle fin qui esposte.

In altre parole non si può solo quantificare il lavoro in base al numero delle visite, ma bisognerebbe puntare a qualificare le visite: non tante, ripetitive, basate su richieste genitoriali spesso incongrue o ripetitive o banali, ma visite prevalentemente ambulatoriali, basate su reali problemi, con tempi adeguati, orientate a garantire un approccio relazionale con la famiglia. Questo significa rivedere il tipo di approccio attualmente in uso nel sistema di lavoro del pediatra di famiglia, approccio basato sulla disponibilità alla domanda dell'utenza, spesso senza selezione; un ruolo attivo del medico dovrebbe invece prevedere interventi del tipo riportato qui sotto:

- costruire programmi di sorveglianza sanitaria con visite filtro programmate;
- controllare la copertura vaccinale dei propri assistiti, invitandoli alle vaccinazioni attivamente;
- gestire il follow-up dei bambini affetti da patologie croniche o ricorrenti;
- tenere registri di bambini appartenenti a famiglie a rischio sociale;
- educare i genitori ad un uso razionale

del servizio fornito dal pediatra;

□ stimolare l'autogestione della famiglia per le forme morbide di scarsa rilevanza e morbilità;

□ collaborare a iniziative locali di enti pubblici e della scuola per il miglioramento della qualità di vita dei bambini;

□ promuovere i fattori protettivi per l'infanzia (allattamento, lettura ad alta voce, sport ecc.).

Bibliografia

1. Perego L. Notifiche malattie infettive e vaccinazioni, a cura del Servizio di Igiene Pubblica della ASL 12, Bergamo, 1997
2. Buzzetti R. Il bambino con patologia croni-

ca e ricorrente, Medico e Bambino 1994;2:102-108.

3. Brown J.L. Pediatria al telefono. Milano: Mediserve ed, 1996.

4. Venturelli L, et al. La pratica di gruppo in pediatria ambulatoriale. Medico e Bambino 1995;3:27-31.

5. Ancona M, Duccoli D. Qualità percepita e pediatria di gruppo: avvio di una ricerca. Medico e Bambino 1999;7:427-32.

6. Bernuzzi, et al. La valutazione delle cure ambulatoriali. Riv It Pediatria 1993;19:441-7.

7. Calia V. L'organizzazione del lavoro in pediatria di famiglia. Milano: UTET ed, 1999:65-6.

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

9. Guilbert J.J. La spirale dell'educazione. In: Guida Pedagogica di Guilbert. Roma: Arman-

do ed., 1981:105-6.

10. Gangemi M. Ricerca nell'area delle cure primarie del bambino. Medico e Bambino 1997;7:3.

11. Agostini M, et al. Proposte per la formazione ambulatoriale dello specializzando in pediatria. Medico e Bambino, 1995;7:17-21.

12. Pierattelli M, et al. La pediatria di base nell'area fiorentina. Medico e Bambino 1998;3:166-172.

13. Brivio L. Tre anni di pediatria di famiglia. Medico e Bambino 1998;5:301-309.

14. Venturelli L, et al. Farmaci e infezioni respiratorie. Medico e Bambino 1994;1:46-49.



XVII GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE

Perugia, 21-23 settembre 2001 - Centro Congressi della Camera di Commercio

Venerdì, 21 settembre

ore 10.00

PEDIATRIA E SOCIETÀ

L'ABUSO NELL'INFANZIA: COME CONOSCIERLO, COME COMBATTERLO

Introduzione - D. Baronciani (Modena)

Tavola rotonda dei professionisti del gruppo multidisciplinare della provincia di Perugia - Coordina P. Facchin (Padova)

Tavola rotonda delle istituzioni - Coordina G.C. Biasini (Cesena)

Conclusioni - F. Panizon (Trieste)

ore 15.00

EDITORIALE DAL GENOMA AL PROTEOMA A. Cao (Cagliari)

Conoscere i geni non basta: conoscere il prodotto dei geni potrà essere la chiave per aprire molte porte

ore 16.00

DAL COUNSELLING ALL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE M. Gangemi (Verona)

Evidenziare come il pediatra, usando le abilità di counselling, possa promuovere cambiamenti condivisi e modelli di salute a partire dalle caratteristiche della famiglia

ore 17.15

DIARREA POST-ENTERITICA E DIARREA ASPECIFICA G. Maggiore (Pisa)

Sono la stessa cosa, o hanno almeno qualcosa in comune? Capire le basi per un trattamento ragionevole

ore 18.00

NOVITÀ VERE E FALSE SULLE VACCINAZIONI L. Grandori (Modena)

Come orientarsi fra le innumerevoli proposte dell'industria

Sabato, 22 settembre

ore 9.00

ANORESSIA: COSA PUÒ FARE IL PEDIATRA? C. Vullo (Ferrara)

Avvicinarsi concretamente a un problema sempre meno raro (1/100)

ore 10.00

CORTISONICI NELL'ASMA: QUANDO, QUALI, PER QUANTO TEMPO?

G. Longo (Trieste)

Seguire la conoscenza ancora fluida sulla storia naturale dell'asma e capire gli effetti dell'intervento medico

ore 11.15 GRUPPI DI LAVORO

GASTROENTEROLOGIA G. Maggiore (Pisa), A. Ventura (Trieste)

ANORESSIA C. Vullo (Ferrara), A. Brunelli (Cesena), L. Gualtieri (Cesena)
VACCINI L. Grandori (Modena)

ore 15.00

QUANDO CURARE È MEGLIO CHE PREVENIRE A. Ventura (Trieste)

Parlare contro la prevenzione è come parlare male di Garibaldi. Ma la prevenzione ha il suo lato ossessivo, persecutorio e diseconomico che qualche volta diventa peggiore della malattia

ore 16.00

GLOSSARIO DI EVIDENCE BASED MEDICINE P.P. Mastroiacovo (Roma)

Ti fidi degli altri perché li conosci o perché capisci quello che dicono? Se sei sicuro di capire bene quello che dice l'autore di una ricerca clinica concediti un'ora di riposo, altrimenti... parliamone

ore 17.15 GRUPPI DI LAVORO

EVIDENCE BASED MEDICINE IN PRATICA P.P. Mastroiacovo (Roma)

ORTOPEDIA DEL PIEDE G. Maranzana (Trieste)

DERMATOLOGIA F. Arcangeli (Rimini)

Domenica, 23 settembre

ore 9.00

LE NOVITÀ TRE REGOLE PER OGNI MALATTIA

Semplificare e individuare i messaggi guida per nove malattie comuni

POLMONITE, TOSSE, INFEZIONI URINARIE F. Panizon (Trieste)

ECZEMA, IMPETIGINE, PSORIASI F. Arcangeli (Rimini)

CELIACHIA, MAL DI PANCAIA, DIARREA ACUTA A. Ventura (Trieste)

ore 11.15 NOVITÀ IN PEDIATRIA 2001 F. Panizon (Trieste)

Sede: Centro Congressi della Camera di Commercio, Via Pellas n. 81-Perugia - Tel. 075/5732820

Segreteria Scientifica: prof. Franco Panizon, Clinica Pediatrica IRCCS Trieste; prof. Alessandro Ventura, Clinica Pediatrica IRCCS, Trieste; dott. Franco Passalacqua, Perugia - Tel. 075/5723650; dott. Lucio Piemarini, Terni - Tel. 0744/403172

Segreteria Organizzativa e prenotazioni alberghiere:

QUICKLINE CONGRESSI

Via S. Caterina da Siena n. 3 - 34122 TRIESTE

Tel. 040/773737 - 363586 Fax 040/7606590

e-mail: info@quickline.it