

Rapporti tra il Dipartimento Emergenza-Accettazione e il pediatra di famiglia: esperienze a confronto

ANTONIO CLEMENTE

Pediatra di famiglia, Roma

155 bambini della semiperiferia di Roma si sono recati in Pronto Soccorso 439 volte entro i 14 anni dalla nascita in poi (durata media dell'osservazione 7,5 anni: 0,5 accessi/anno/bambino), per lo più spontaneamente; 165 sono stati ricoverati (di questi ultimi, la maggioranza era stata inviata al Pronto Soccorso dal pediatra di famiglia). Comunque li si voglia considerare, sono numeri alti. Il problema dell'uso improprio del Dipartimento di Emergenza forse non sarà risolto mai. Si analizzano le cause e si propongono delle correzioni.

Objetto di questo articolo è l'esame dei risultati di un'indagine del 1997, finalizzata a studiare il ricorso ai servizi di emergenza-accettazione da parte dell'utenza pediatrica in cui opero. Dall'interpretazione complessiva dei risultati e dallo studio dei comportamenti individuali ne sono derivate alcune osservazioni utili ad analizzare meglio l'interfaccia tra la pediatria di famiglia e il Dipartimento di Emergenza ospedaliero (DEU).

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto in un'area della semiperiferia di Roma, nel mese di ottobre del 1997, che è un periodo con un carico di lavoro intermedio, su un campione costituito da tutti i bambini visitati per una qualunque ragione, in studio o a domicilio, per un periodo di tre settimane consecutive. Per fotografare la situazione, è stata ricostruita "una dettagliatissima anamnesi ospedaliera" di ciascuno; in pratica si sono quantificate e qualificate tutte le situazioni in cui la famiglia, spontaneamente o no, aveva fatto ricorso a un servizio di emergenza-accettazione di un ospedale, dal momento della dimissione dal nido fino ad allora. In questo modo sono stati reclutati

RELATIONSHIP BETWEEN EMERGENCY HOSPITAL DEPARTMENT AND FAMILY PAEDIATRICIANS: COMPARISON OF EXPERIENCES (Medico e Bambino 19, 91-94, 2000)

Key words

Family paediatrician, Emergency hospital department

Summary

The causes and the modalities of the access to the emergency hospital department of 155 children during a mean period of 7.5 years has been evaluated. Hospital admission was more frequent when the children were referred to the hospital by the paediatrician but was rare after the spontaneous access to the emergency department.

The improper, direct, utilization of the emergency departments seems to be related to a low social status and to a poor relationship with the family paediatrician. Several possible solutions to ameliorate the utilization of emergency hospital department are discussed, mainly based on different interactions between families, general paediatricians and hospital operators.

155 bambini, di età compresa tra 0 e 14 anni, con una media di 7,5 anni, per un totale di 1170 anni di "storia pediatrica".

RISULTATI

Come è illustrato in *Tabella I*, il campione di 155 bambini preso in esame si era rivolto nel corso della vita per 274 volte al DEU di un ospedale, per prestazioni alle quali non aveva fatto seguito il ricovero, e altre 165 volte per prestazioni che sono invece state seguite da rico-

vero. Per 239 volte (87%) questo era avvenuto spontaneamente, soprattutto in orari di non copertura da parte del pediatra di famiglia, cioè di notte e nei giorni festivi. In tabella sono anche elencate le cause di ricorso al DEU non seguito da ricovero, con i valori assoluti e in percentuale. Esaminando viceversa i rimanenti 35 casi (13%) in cui il ricorso al DEU era avvenuto su precisa indicazione del pediatra di famiglia (PdF), si evince che 8 volte era stato per eseguire un Rx urgente, 4 volte per emocromo e VES altrettanto urgenti, 2 volte per ECG

e consulenza cardiologica, 2 volte per consulenza chirurgica (nel sospetto di addome acuto), 7 volte per la necessità di aerosol-terapia con apparecchio idoneo in crisi asmatica medio-grave, quando la famiglia per varie ragioni non ne aveva a disposizione alcuno (3 anni fa l'uso degli spray con devices anche in tenera età, era meno diffuso). Negli altri 12 casi si era trattato di prestazioni prettamente chirurgiche, come medicazioni di ferite estese, tamponamento nasale, estrazione di corpo estraneo dall'occhio o dall'orecchio, procedure di immobilizzazione per distorsioni, fratture ecc. Come dire che si era fatto ricorso all'ospedale soprattutto per ottenere servizi di diagnostica strumentale e di laboratorio e interventi specialistici di II livello.

In *Tabella II* si evidenzia invece che sullo stesso campione di 155 bambini si era registrato un totale di 165 ricoveri: di questi, 48 (29%) erano stati spontanei e 117 (71%), su indicazione del pediatra o di altri sanitari consulenti.

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

A un primo confronto tra le due tabelle si ricava subito che, anche senza tenere conto della variabile costituita dal ricorso spontaneo al DEU nelle ore notturne e festive, prevalgono nettamente gli accessi al pronto soccorso dell'ospedale seguiti da ricovero, quando ciò avviene su consiglio del medico curante che ha già svolto la sua funzione di filtro; al contrario prevale il ricorso al DEU non seguito da ricovero, quando ciò avviene su iniziativa spontanea del genitore. In altri termini si potrebbe ipotizzare che in questo secondo caso, fatta esclusione per poche situazioni realmente urgenti, per le quali sono necessarie determinate attrezzature e determinate competenze 24 ore su 24, si configurerebbe un uso ambulatoriale e improprio del DEU.

Categorie che ricorrono più spesso al DEU

In particolare esistono due tipologie di bambini le cui famiglie fanno più spesso ricorso ai servizi ospedalieri di emergenza e accettazione: si tratta dei bambini con disagio sociale e dei figli di genitori ansiosi.

Tra i primi vanno compresi non solo i poveri tout court, ma spesso anche i figli di coppie separate in cui il disagio è più da abbandono che economico. Il pediatra di famiglia se ne accorge per il

| TOTALE DEGLI INTERVENTI EFFETTUATI DAL DEU, NON SEGUITI DA RICOVERO | | |
|---|-----|---------|
| Totale: 155 bambini (età media 7,5 anni) | | |
| Totale delle prestazioni del DEU senza ricovero | 274 | |
| Con accesso spontaneo | 239 | (87%) |
| Inviati dal pediatra di famiglia | 35 | (13%) |
| Cause | | |
| Incidenti, traumi, morsi di animali ecc. | 114 | (41,6%) |
| Patologia respiratoria acuta | 42 | (15,4%) |
| Febbre di origine indeterminata | 58 | (21,1%) |
| Patologia gastrointestinale (sp. dolore addominale acuto) | 32 | (11,7%) |
| Eruzioni cutanee varie | 13 | (4,7) |
| Patologia neurologica acuta (convulsioni e sincope) | 3 | (1,1%) |
| Richieste urgenti di prestazioni di laboratorio (emocromo, Rx ecc.) | 12 | (4,4%) |

Tabella I

| TOTALE DEGLI INTERVENTI EFFETTUATI DAL DEU, SEGUITI DA RICOVERO | | |
|---|-----|--------|
| Totale: 155 bambini (età media 7,5 anni) | | |
| Totale delle prestazioni di DEU seguiti da ricovero | 165 | |
| Con accesso spontaneo | 48 | (29%) |
| Proposti dal sanitario | 117 | (71%) |
| Cause | | |
| Patologia chirurgica | 50 | (30%) |
| Patologia respiratoria | 36 | (22%) |
| Patologia gastrointestinale | 33 | (20%) |
| Incidenti (traumi, ustioni, morsi di animali) | 16 | (9,6%) |
| Patologia neurologica | 10 | (6%) |
| Febbre di origine indeterminata | 10 | (6%) |
| Uronefropatie | 4 | (2,4%) |
| Altro (reazioni avverse a farmaci, neoplasie, emopatie ecc.) | 6 | (4%) |

Tabella II

fatto che questi bambini non vengono quasi mai a visite di controllo, non fanno mai bilanci di salute, ma vengono visitati specialmente a domicilio e per patologie acute, classificate dai parenti come urgenti. Se accade che il pediatra non è prontamente disponibile, affollano i DEU ospedalieri. In altri termini viene a essere rovesciato il normale rapporto PdF/ospedale in quanto spesso è l'ospedale ad essere utilizzato per primo come corsia preferenziale di ingresso ai servizi sanitari. In queste situazioni, più che creare filtri che scoraggino l'accesso ai servizi, è necessaria un'opera di sostegno sociale e soprattutto culturale. Sono le famiglie che impegnano molto sul versante dell'educazione sanitaria, ma sono anche quelle dove il ruolo del PdF è assolutamente insostituibile e può dare le soddisfazioni maggiori sia pure solo morali, considerato che per il pediatra di famiglia la presa in carico globale di queste condizioni è tanto faticosa quanto scarsamente documentabile.

L'altra categoria è rappresentata dai figli dei genitori ansiosi che, in realtà, non solo ricorrono più spesso al DEU ospedaliero, ma anche al PdF. Si tratta di un gruppo in aumento dal momento che la pediatria in toto, ospedale, studi pediatrici e persino le linee telefoniche sono sempre più intasati dall'aumento della domanda di prestazioni. Spesso si nutrono di quella incultura medica che si basa su notizie raccolte dai media e interpretate in modo da moltiplicare le richieste di interventi urgenti. Considerano che i servizi sanitari siano fatti per essere consumati a volontà, anche solo per rispondere al bisogno di ascoltare più pareri su problemi banali, secondo il preconcetto che la maestosità dell'ospedale, e quindi i suoi operatori, siano più autorevoli del medico che opera sul territorio. Anche qui il problema è soprattutto culturale, per cui occorre uno sforzo da parte di chi opera sul territorio di dimostrare di essere altrettanto competente e disponibile, senza con questo es-

sere compiacente. Peraltro anche l'ospedale deve rivedere certi comportamenti accentratrici e troppo critici verso chi opera all'esterno, ricordando che il secondo medico è sempre più bravo del primo.

Premessa alle soluzioni possibili

Il pediatra di famiglia ha due qualità importanti:

□ la flessibilità¹, cioè la capacità di sapersi adattare in tempo reale alle diverse situazioni contingenti; questa agilità spesso manca alle strutture pubbliche di grandi dimensioni, come ospedali e poliambulatori;

□ l'essere identificabile come il preciso responsabile delle cure¹, cioè colui che coordina e si fa carico di tutto il complesso degli interventi sanitari operati su un determinato bambino, colui che, oltre alla tradizionale funzione di diagnosi e cura delle patologie intercorrenti, agisce prima che la malattia si manifesti mediante la promozione di interventi di educazione sanitaria singoli e collettivi (es. a scuola), di insegnamento di stili di vita corretti (alimentazione, abbigliamento, sport, abitudini voluttuarie ecc.), di eliminazione di errori e pregiudizi, di impostazione di quelle tappe (visite filtro, vaccinazioni, screening ecc.) che costituiscono la prevenzione primaria e migliorano la qualità di vita del bambino.

Questo ruolo di "registra" è molto diverso dal ruolo del pediatra che opera in un DEU. Il fatto che il pediatra di famiglia possa acquisire delle conoscenze di *Pediatric Basic Life Support* necessarie per un pronto intervento in caso di urgenza o il fatto che si senta sempre più pronto ad assumere compiti di assistenza globale, non deve distoglierlo da tutto il lavoro di prevenzione di quelle stesse urgenze che il pediatra del DEU assiste meglio.

Se è vero che il ricorso improprio al DEU aumenta i costi e distoglie dalle urgenze vere, il tentativo di trasformare la reperibilità in pronta disponibilità trasformerebbe il pediatra di famiglia in una guardia medica domiciliare, e già solo questo compito gli impedirebbe lo svolgimento di tutto il resto della sua attività professionale.

Soluzioni possibili

□ Aumentare la facilità di ricorso al proprio pediatra di famiglia nelle ore e nei giorni in cui questi è tenuto a rendersi disponibile. Troppo spesso certi ricorsi serali e festivi al DEU sono frutto di

mancato intervento del pediatra di famiglia nelle ore diurne. Occorre ottimizzare il lavoro, offrendo la massima disponibilità sia telefonica che ambulatoriale, distribuendo materiale informativo elaborato dal pediatra e personalizzato in base ai singoli problemi, che possono andare dai consigli dietetici alla febbre improvvisa, dalla crisi di asma alle convulsioni febbrili, dalla stipsi al modo corretto di accedere ai servizi sanitari offerti dall'ASL. Tra i bambini che accedono al DEU in orario notturno e festivo, occorre riesaminare criticamente quanti vi si rivolgono in modo non idoneo, cercando di individuarne le cause. Perché non si fidano? Perché la febbre si rialza sempre di pomeriggio e, se non si trova subito il pediatra, i genitori non sanno come gestirla? Perché solo allora hanno l'automobile disponibile? E così via.

□ Dotare la famiglia di un libretto di salute agile che riassume in maniera sintetica la storia clinica del bambino, ponendo in evidenza quali sono le patologie ricorrenti, le terapie in corso, le intolleranze. In pratica permettere al pediatra del DEU di sapere qualcosa in più di quanto viene riferito dal genitore o di quanto evidenzi la clinica in quel momento, per integrarsi nel progetto di salute elaborato dal pediatra curante sul bambino medesimo. Tutto ciò smascherebbe anche eventuali furberie da parte dei pazienti stessi, riducendo gli abusi, le duplicazioni di interventi.

□ Incentivare l'associazionismo pediatrico, inteso sia come pediatria di gruppo che come pediatria associata propriamente detta. Nel primo caso, 2-4 pediatri lavorano con orari sfalsati nella stessa struttura ambulatoriale, offrendo una copertura oraria mattutina e pomeridiana; nel secondo caso, più pediatri lavorano ciascuno nel proprio ambulatorio, ma gli orari di apertura degli stessi e la loro collocazione topografica consentono al paziente, che ha urgenza diurna e non ha il proprio pediatra disponibile, di rivolgersi liberamente al collega associato che ha lo studio aperto in quel momento. Questa seconda soluzione, che è più agile e altrettanto efficace, probabilmente si adatta meglio in situazioni stabilizzate da lustrì.

□ Ipotizzare la creazione di un servizio di guardia pediatrica da affiancare alla guardia medica. Questa soluzione, pur prevista dalla Convenzione pediatrica vigente², laddove è stata sperimentata non ha risolto il problema dell'accesso improprio al DEU.

□ Creare una guardia di distretto. Un

congruo numero di pediatri del territorio, dopo essersi dati dei criteri omogenei e validi per un approccio alle urgenze, organizzano di comune accordo dei turni di guardia festiva e/o notturna. Esistono già consolidate e meritorie esperienze in merito. Occorrerebbe però che la questione non rimanesse in mano alla buona volontà dei singoli con una distribuzione del servizio a macchia di leopardo. Che cosa succede se viene meno l'accordo tra i medici? Non si dimentichi che il pediatra di famiglia svolge comunque un lavoro che ha delle connotazioni privatistiche, che a fronte della denatalità esiste l'elemento competitività. Probabilmente è necessaria un'autorità (il Distretto?) che regoli i turni, che organizzi i riposi e le supplenze, che valuti l'efficienza e sanzioni l'inefficienza del servizio, che regoli i compensi per queste prestazioni fuori orario. Ci potrebbero essere dei problemi non solo economici nell'esigere dai propri pazienti il pagamento diretto di quella stessa prestazione che nei giorni feriali è gratuita. Inoltre ci sarebbero comunque gli opportunisti che ricorrerebbero al DEU per non pagare.

□ Concretizzare un collegamento tra il pediatra di famiglia e il/i DEU ospedalieri di riferimento, secondo un flusso di informazioni e anche di decisioni che deve essere bipolare e paritario. Per fare ciò, dopo aver promosso un calendario di incontri per conoscersi ed elaborare comportamenti omogenei di fronte ai problemi più frequenti, stabilire nel dettaglio una linea di contatto telefonico diretto sia ufficiale che "riservata" tra il singolo pediatra di famiglia e il DEU, per uno scambio di informazioni in tempo reale. Prevedere percorsi "open" tramite i quali consentire al pediatra di famiglia, che è pur sempre un medico pubblico, di ottenere in tempi brevi il conforto di indagini di laboratorio o una consulenza specialistica. Ogni PdF che deve farsi carico nel proprio ambulatorio di un problema, può aver bisogno ad un certo punto del relativo percorso diagnostico di un determinato esame di laboratorio urgente piuttosto che di una radiografia o di una consulenza specialistica e non sempre il self-help basta. Ebbene spesso, soprattutto di pomeriggio, o si affida sempre al proprio intuito, oppure delega il bambino all'ospedale, rinunciando alla propria professionalità, intasando il pronto soccorso e aumentando il disagio per la famiglia e il costo per la collettività.

□ Consentire al pediatra di famiglia di

inviare in ospedale presso un apposito Servizio di Osservazione breve il bambino affetto da patologie che necessitano di qualche ora e di qualche esame per essere ben inquadrato, oppure quei pazienti impegnativi che comunque richiedono, per la loro gravità, di un follow-up ravvicinato ora per ora, onde essere sicuri dell'effettiva assunzione della terapia prescritta. Durante tale degenza si manterrebbe un contatto diretto tra l'ospedale e il PdF in modo da poter riaffidare il bambino a quest'ultimo, non appena superato il momento critico.

□ Infine, attivare, accanto alla struttura di Pronto Soccorso propriamente detta, un "ambulatorio pediatrico ospedaliero permanente" verso cui dirottare quei pazienti che accorrono in ospedale per problemi minori, prevedendo una partecipazione alle spese e quindi un onere economico a carico dell'utente, fatte salve alcune fasce esenti. Si potrà obiettare

che in questo modo si ammette una parziale sconfitta, ma è anche una scelta di realismo che tiene conto di quella fascia non tanto piccola di pazienti iperansiosi che, come si è detto prima, percepiscono qualunque problema come urgente, hanno bisogno di più pareri, hanno una bassissima soglia di sopportazione della malattia e sono disposti a spendere anche di tasca propria.

CONCLUSIONE

Si ritiene di poter concludere che solo dal superamento delle vecchie rigidità, dal ridisegno dei ruoli contrapposti: pediatra ospedaliero, versus pediatra di famiglia, da una politica sanitaria che non sottostimi i costi e da una sapiente miscela di alcune se non tutte le soluzioni esposte prima, si possa modificare l'attuale paradosso che, pur vedendo

nettamente ridotta "l'attesa di ricovero per il proprio figlio" nella percezione del genitore che si precipita in un pronto soccorso, registra un aumento degli accessi pediatrici allo stesso³, a fronte della diminuzione della popolazione pediatrica e della morbilità relativa a malattie gravi.

Bibliografia

1. Drago S, Murgia V, Schievano P, Bernuzzi M, Funghi C. La soddisfazione dell'utente per il servizio di pediatria di famiglia nel Veneto. S. Zenone degli Ezz. (TV): G. Battagin Editore, giugno 1995.
2. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di libera scelta. DPR 613/96
3. Calia V: L'assistenza pediatrica in Italia. Medico e Bambino 1998;4:239-45.



SEDICESIME GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE

Perugia, 29 settembre - 1 ottobre 2000 - Centro Congressi Camera di Commercio

Venerdì, 29 settembre

10.00 **MEDICINA E SOCIETÀ** (incontro aperto a medici e non medici)
Medicina pubblica e medicina privata: il verme nella radice
F. Panizon (Trieste)
L'esperienza lombarda: le case di cura private **F. Sereni** (Milano)
Dio e mamma: si possono servire due padroni? **A. Donzelli** (Milano)
Libera professione in ospedale: luci e ombre **G. Longo** (Trieste)
Governare la spesa **G. Simon** (Udine)

15.00 Editoriale. Il mestiere di pediatra **V. Calia** (Roma)
15.40 La tosse e le tossi **G. Longo**

16.40 *Break*

17.00 Novità in pediatria I **F. Panizon**
17.45 Glossario di Evidence Based Medicine **S. Fedele** (Palermo)
18.00 Epidemiologia del suicidio **G. Bartolozzi** (Firenze)

Sabato, 30 settembre

9.00 Quando il chirurgo si lega le mani **A. Messineo** (Trieste)
10.00 Olio? Pesce? Olio di pesce? Basi molecolari ed esperienze
L. Greco (Napoli)
10.30 Glossario di Evidence Based Medicine **S. Fedele**

10.45 *Break*

11.00 Gruppi

13.00 Colazione di lavoro

15.00 Tutta la nefrologia nell'esame di urine **L. Peratoner** (Pordenone)
16.00 La crescita del bambino allattato al seno **M. Mayer** (Napoli)
16.30 Formazione continua: il *Journal Club* **G.C. Biasini** (Cesena)

17.00 *Break*

17.15 Gruppi

Domenica, 1 ottobre

9.00 Gli antibiotici nella profilassi **A. Ventura** (Trieste)
10.00 Capire le malattie giocando con le ipotesi **A. Tommasini** (Trieste)
10.30 Epatiti di importazione **G. Maggiore** (Pisa)

11.00 *Break*

11.15 Novità in pediatria II **F. Panizon**

GRUPPI

Sabato mattina: Pubblicare sul *New England Journal Medicine*
L. Greco, M. Mayer

Chirurgia **A. Messineo**

Vaccinazioni **G. Bartolozzi**

Sabato pomeriggio: Come si realizza un *Journal Club*

G. Biasini, S. Fedele, R. Ferracane

Gastroenterologia **G. Maggiore, A. Ventura**

Nefrologia **L. Peratoner**

Segreteria scientifica: prof. F. Panizon, prof. A. Ventura
(Clinica Pediatrica, IRCCS di Trieste)
dott. F. Passalacqua (Perugia - Tel. 075 5723650)
dott. L. Piermarini (Terni - 0744 403172)

Segreteria organizzativa e prenotazioni alberghiere:
Quickline Congressi - via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste
Tel. 040 773737 - 363586; Fax 040 7606590
e-mail: quick@trieste.com