

La Pediatria di gruppo: un modello assistenziale in crescita

A cura di PASQUALE CAUSA e NICOLA D'ANDREA

Sintesi del Focus group del 20 gennaio 2001, Reggio Calabria

Al Focus group, che si è svolto il 20 gennaio 2001 a Reggio Calabria, hanno partecipato: Maura Caracalla, pediatra di famiglia, Reggio Emilia; Pasquale Causa, pediatra di famiglia, Pozzuoli; Giuseppa "Melina" Cuzzucoli, pediatra di famiglia, Melito Porto Salvo (RC); Nicola D'Andrea, presidente dell'ACP; Anna Maria Davoli, pediatra di famiglia, Reggio Emilia; Orlando Filardo, pediatra di famiglia, Reggio Calabria; Antonio Gurnari, pediatra di famiglia, Melito Porto Salvo (RC); Ambrogina Pirola, pediatra di famiglia, Muggiò (MI); Giuseppe Quattrone, pediatra di famiglia, Reggio Calabria; Ferdinando Ragazzon, pediatra di famiglia, Muggiò (MI); Leo Venturelli, pediatra di famiglia, Bergamo.

Un passo dopo l'altro. Questo incontro, questo "Focus group", termine che potrebbe forse essere tradotto in "gruppo di discussione focalizzata su un tema definito", è preliminare al Convegno Nazionale su questo tema, del 17-18 maggio a Monza. Un gruppo di discussione non può produrre che parole, ma le parole sono prodotte dai fatti e producono fatti. Un passo dopo l'altro.

L'iniziativa di svolgere un Focus group sul tema della Pediatria di gruppo (PdG) è stata del Coordinamento Nazionale della Pediatria di gruppo e di Nicola D'Andrea, presidente dell'ACP. Il Coordinamento è nato alla conclusione del III Convegno Nazionale sulla Pediatria di gruppo, tenuto il 14 maggio 2000 a Pozzuoli, e comprende pediatri operanti in studi di gruppo sparsi in molte regioni italiane. Nell'incontro sono stati affrontati i temi che caratterizzeranno il IV Convegno Nazionale del 17 e 18 maggio 2001 a Monza, organizzato in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia.

La nascita del Coordinamento Nazionale della Pediatria di gruppo e il percorso di ricerca metodologica e culturale, iniziato a Roma nel 1998 con il I Convegno nazionale, sono la dimostrazione che la pratica del lavoro di gruppo porta alla necessità di una condivisione sempre più ampia delle esperienze, a partire dal singolo studio pediatrico per estendersi a livello regionale e nazionale; si tratta, in poche parole, del più importante strumento collettivo di riflessione e di elaborazione sui temi dell'organizzazione del lavoro e del miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale in Pedia-

tria ambulatoriale. I temi del Focus group sono scanditi da una serie di domande; in coda alle risposte alcuni commenti liberi.

La PdG può essere una risposta alla ricerca del miglioramento della qualità delle cure primarie?

La PdG offre innanzitutto alle famiglie la garanzia di un luogo di accoglienza della domanda anche in assenza del pediatra di fiducia. Le nostre esperienze, inoltre, indicano che la crescita culturale del gruppo sui compiti assistenziali aumenta la professionalità del pediatra nel campo organizzativo e relazionale; la crescita di competenze organizzative e relazionali è un fattore determinante il miglioramento delle cure.

Il lavoro in gruppo favorisce il miglioramento della qualità professionale del singolo pediatra e delle altre figure che lavorano in uno studio associato.

COMMENTI LIBERI

- La PdG rappresenta un salto di qualità, perché consente di ragionare tra pari su quello che dobbiamo fare ogni giorno.
- Il gruppo è fatto da persone che si scelgono per caratteristiche comuni.

La PdG è funzionale nell'attuale sistema di erogazione delle cure primarie?

La PdG è sicuramente un modello praticabile in ogni ambito in cui ci siano almeno due pediatri. Ciascuno dei partecipanti al Focus group sente di poter fare questa affermazione in base alla sua esperienza personale e al confronto con le esperienze degli altri gruppi.

I gruppi che si sono formati in questi anni sono nati nelle città, e risentono delle precedenti esperienze professionali dei pediatri che li hanno costituiti, della loro sensibilità e della loro capacità relazionale.

Nelle zone a popolazione dispersa bisogna necessariamente pensare a soluzioni diversificate contesto per contesto: l'esperienza di Melito Porto Salvo (una sede principale frequentata da tutti i pediatri del gruppo e una serie di studi periferici utilizzati singolarmente) dimostra che esistono soluzioni possibili anche nei piccoli centri, se si differenzia la funzione della sede principale da quella delle sedi satellite (sedi decantate aperte solo in alcuni giorni della settimana per i bilanci di salute, sede principale aperta ogni giorno per l'attività ambulatoriale). È possibile così uti-

lizzare personale paramedico per l'accoglienza delle richieste, sviluppare il self-help complesso, consentire il confronto tra i pediatri dell'associazione, sviluppare attività subspecialistiche di ciascun pediatra.

COMMENTI LIBERI

□ È importante non definire la PdG con criteri rigidi, perché questo potrebbe scoraggiare colleghi che si trovano in situazioni ambientali particolari e che sono motivati a migliorare la loro organizzazione.

□ Il nuovo contratto, che stabilisce un tetto massimo di pediatri a cui riconoscere i benefici economici previsti per il lavoro di gruppo, non è molto incoraggiante; diversa è la situazione dei medici di famiglia, il cui contratto fissa invece un tetto minimo di medici che dovranno lavorare in gruppo.

□ Nei sistemi sanitari si afferma l'idea che la centralizzazione di alcune funzioni aumenta l'efficacia e l'efficienza; si può chiedere alla famiglia di spostarsi anche a 20 km di distanza per avere un servizio migliore.

□ In Israele esiste una rete statale di ambulatori con reperibilità fino alle 24, dove un pediatra fa visite di elezione e un pediatra del gruppo espleta le urgenze.

La PdG fornisce una qualità assistenziale superiore a quella fornita dal pediatra singolo?

La PdG è l'unica strada finora sperimentata per garantire la continuità assistenziale. La continuità assistenziale diventa un valore aggiunto al valore del rapporto di fiducia con il proprio pediatra. Questo valore aggiunto cresce con il crescere della capacità del gruppo di erogare autonomamente prestazioni più complesse che si sommano a quelle erogate dai singoli pediatri.

La creazione di un team di lavoro e lo sviluppo di una progettualità comune permettono al gruppo di essere riconosciuto come punto di riferimento: questo percorso non è automatico, ma deve essere un'iniziativa del gruppo. Il Sistema Sanitario richiede ai gruppi solo la condivisione del luogo di lavoro, la disponibilità a prestare la propria opera nei confronti degli assistiti degli altri componenti il gruppo e la condivisione e implementazione di linee guida per le patologie più comuni.

Le nostre esperienze mostrano che il miglioramento dell'assistenza deriva dallo sviluppo di funzioni che il pediatra singolo non può svolgere o può svolgere

solo parzialmente (per esempio un triage telefonico effettuato da personale infermieristico qualificato o un self-help diagnostico completo).

COMMENTI LIBERI

□ Il lavoro in gruppo crea una maggiore visibilità del servizio e dà all'utenza la garanzia di un luogo certo di riferimento.

□ Noi pensiamo di non essere tenuti a dimostrare che la PdG sia più funzionale, dovrebbe invece essere il Servizio Sanitario a valutare il nostro lavoro, attraverso la rilevazione di indicatori di qualità, sia di processo che di esito. Il distretto e la ASL potrebbero confrontare, per esempio, il numero di accessi al Pronto Soccorso, il numero e la tipologia di ricoveri e di richieste di consulenze specialistiche degli assistiti dagli studi di gruppo con gli stessi dati rilevati sulla popolazione generale.

□ Il lavoro in gruppo è anche un'occasione di formazione continua, perché consente a ciascuno di sfruttare competenze ed esperienze degli altri.

□ Tutto questo potrebbe anche essere moltiplicato, se il lavoro di gruppo fosse più incentivato dalla convenzione.

Quale è l'aspetto caratterizzante il lavoro in gruppo?

La condivisione di tutti gli aspetti del lavoro, dalle linee guida diagnostico-terapeutiche all'organizzazione del lavoro. Una sede comune a tutti i pediatri facilita il confronto e promuove la ricerca di una progettualità collettiva, sia che il gruppo disponga esclusivamente di questa sede, sia che ciascun pediatra operi anche in sedi distaccate. La discussione in un gruppo che lavora insieme è diversa dalla discussione nei gruppi di revisione fra pari. Chi lavora in gruppo è obbligato a riflettere sull'organizzazione dell'attività finalizzata alla *bestpractice* e al miglioramento della soddisfazione propria e degli assistiti.

Il miglioramento dell'assistenza passa attraverso il miglioramento della ricezione e l'accoglimento della domanda; la sede principale permette la divisione di compiti e funzioni tra pediatri e personale non medico.

Queste considerazioni valgono anche per chi lavora in zone con popolazione dispersa; anche in questo caso la sede principale dovrebbe essere considerata un indicatore di qualità.

COMMENTI LIBERI

□ Riunirsi significa anche fare studio assieme, e così modificare e modellare il proprio comportamento affrontando i

problemi nella pratica quotidiana.

□ Il gruppo valorizza le competenze.

Quali strumenti utilizza la PdG per migliorare la qualità delle cure?

Un gruppo utilizza personale non medico, informatizzazione e messa in rete della cartella, il self-help.

Il personale non medico consente di migliorare la qualità del servizio offerto, svolgendo funzioni di segreteria e funzioni infermieristiche. Quanto più si caratterizzano separatamente le due funzioni, tanto più si eleva la qualità della assistenza. Anche in questo caso la nostra convenzione non ci aiuta: a differenza dei medici di famiglia, per i pediatri non è previsto un incentivo per l'assunzione di personale infermieristico.

Noi pensiamo che sia necessario definire un mansionario che preveda le attività che il personale non medico può svolgere autonomamente, e quelle che, invece, richiedono la supervisione del pediatra; è necessaria inoltre una formazione congiunta del team su linee guida comuni.

La segreteria migliora l'accesso telefonico e di persona allo studio, e funziona da filtro per gli appuntamenti e le informazioni.

L'infermiera esegue alcune prestazioni di self-help, può occuparsi autonomamente di puericultura e di educazione sanitaria, e dare consigli su patologie banali.

COMMENTI LIBERI

□ È difficile reperire personale idoneo e, una volta trovato, è indispensabile formarlo.

□ L'esperienza di chi utilizza l'infermiera è che i genitori che hanno bisogno di informazioni su problemi comuni, preferiscono parlare con lei anziché con il pediatra.

L'informatizzazione della cartella pediatrica consente la raccolta di dati confrontabili.

La cartella clinica computerizzata da sola non risolve i problemi, ma, se la registrazione dei dati viene fatta con criteri standardizzati nel gruppo (e auspicabilmente anche fra gruppi diversi), dà la possibilità di fare ricerca con il minimo dispendio di tempo, di analizzare il proprio lavoro in termini quantitativi e qualitativi.

La messa in rete della cartella favorisce questa uniformità nella registrazione dei dati; consente la revisione del lavoro dell'intero team, valutando l'appor-

to di personale medico o infermieristico e consente di fare ricerca su un numero elevato di pazienti; può fornire al SSN dati di qualità superiore, per omogeneità, a quelli trasmessi da singoli pediatri; infine, consente a chiunque accolga la famiglia di comportarsi come si comporterebbe il pediatra di fiducia, facilitando la continuità assistenziale.

COMMENTI LIBERI

- *Stare in rete ci obbliga ad avere coscienza di quello che scriviamo e ci spinge a confrontarci su tutto.*
- *La necessità di avere un linguaggio comune ci spinge a riflettere su quali sono le informazioni essenziali per gestire i problemi e su come registrarle.*
- *La rete costringe a una verifica continua di quello che si fa; la verifica continua diventa formazione.*
- *Uniformarsi nella registrazione delle diagnosi è importantissimo, per il pediatra e per la formazione del gruppo.*
- *La revisione consentita da un programma computerizzato favorisce la ricerca della precisione nella registrazione dei dati e quindi la possibilità di con-*

frontare, in situazioni simili, diversi approcci diagnostici, terapeutici e relazionali.

- *Il gruppo collegato in rete potrebbe diventare per la ASL un osservatorio che produce dati per verificare la congruità della assistenza erogata.*
- *La rete a distanza costa molto; è necessario avere un collegamento ISDN, che ha un costo doppio del collegamento tradizionale.*

Il gruppo consente di valorizzare il **self-help**, superando la implementazione delle sole pratiche legate alle capacità del singolo, permettendo di utilizzare il maggior numero di ausili diagnostici; questa possibilità è favorita dalla presenza di personale infermieristico, a cui è possibile affidare alcune pratiche.

Praticare il self-help richiede una periodica revisione delle conoscenze e delle abilità tecniche, che diventa parte dello sviluppo del team di lavoro e aiuta lo sviluppo di competenze subspecialistiche, che possono diventare patrimonio comune del gruppo.

Il self-help è comunemente inteso

come ausilio alla diagnosi; vanno trovate una definizione e una collocazione culturale anche alle pratiche terapeutiche che in alcuni casi sono di aiuto nella diagnosi (ad esempio la broncodilatazione consente di fare diagnosi clinica di gravità di asma).

L'organizzazione del self-help deve essere oggetto di revisione per individuare le prestazioni indispensabili e quelle utili, anche in relazione al rapporto costo/beneficio.

Gli obiettivi del self-help dovrebbero essere il miglioramento della qualità assistenziale e il contenimento della spesa, sia per il SSN che per la famiglia; pertanto sarebbe opportuno che le pratiche di self-help fossero erogate sempre in convenzione. I costi del self-help vanno distinti in costi del materiale d'uso, costi per le attrezzature, costi di struttura necessari per rendere lo studio idoneo a questa pratica. Il miglioramento dell'assistenza che deriva da un uso appropriato del self-help può ridurre la necessità del ricovero.

Abbiamo individuato tre livelli di self-help:

- prestazioni entrate nel patrimonio culturale della pediatria ambulatoriale;
- prestazioni a carattere subspecialistico possibili grazie a competenze particolari presenti nel gruppo;
- prestazioni che non richiedono competenze subspecialistiche ma che non sono ancora patrimonio comune della pediatria ambulatoriale.

COMMENTI LIBERI

□ *Anche per il self-help le nostre norme contrattuali sono penalizzanti; in particolare l'esecuzione di pratiche di self-help non retribuite dal SSN, in alcune situazioni, può creare disturbo al rapporto medico-paziente.*

□ *Le prestazioni di tipo subspecialistico difficilmente possono essere erogate in regime di convenzione.*

□ *Lo sviluppo di competenze subspecialistiche senza una distribuzione paritetica delle funzioni può creare problemi nel rapporto tra i pediatri del gruppo.*

Si può costruire un rapporto organico con gli specialisti?

Noi riteniamo che un rapporto strutturato fra il gruppo e gli specialisti di organo migliori la qualità dell'assistenza, ottimizzi l'offerta di prestazioni, aumenti la soddisfazione dell'utenza e riduca la spesa delle famiglie.

Il servizio di medicina di base attualmente non promuove la creazione di questo rapporto, che è lasciato all'iniziativa dei singoli medici.

Noi puntiamo allo sviluppo di un team allargato che favorisca lo svolgimento delle consulenze, ottimizzando l'uso delle risorse anche grazie all'individuazione di percorsi comuni e concordati che prevedano l'aumento di competenze del pediatra di famiglia (PdF).

Il rapporto con gli specialisti del distretto o dell'Ospedale può essere facilitato dalla messa in rete dei nostri studi con le altre strutture del SSN, ma anche dall'adozione di un linguaggio comune nella refertazione e dall'uso di un libretto di salute del bambino, possibilmente informatizzato.

In molte esperienze di PdG è maturata la necessità di offrire prestazioni specialistiche nello studio associato difficilmente reperibili in altri ambiti del SSN perché carenti o perché ritenute non sufficientemente affidabili.

Si è cercato di: migliorare la qualità delle consulenze e instaurare con gli specialisti un rapporto deontologicamente corretto; condividere con loro percorsi diagnostici e terapeutici; mi-

gliorare la compliance della famiglia; aumentare il gradimento dell'utenza che può consultare uno specialista di fiducia del pediatra curante nel suo stesso studio.

La presenza di specialisti nello studio associato aumenta la professionalità e le competenze dei pediatri.

L'esempio più evoluto di questa pratica è quello del gruppo di Dugnano, che offre la consulenza di molti specialisti, fra cui una psicologa con cui lo stesso distretto sanitario della ASL si è convenzionato; questo tipo di pratica incontra molto favore presso le famiglie ed è guardato con interesse dalla ASL. Partendo da esperienze come questa, si potrebbe cominciare ad affrontare il tema della integrazione di funzioni assistenziali intorno all'attività del medico delle cure primarie.

Attualmente l'offerta di consulenze in regime libero-professionale non è una scelta, ma una necessità derivante dall'esigenza da parte dei pediatri del gruppo di selezionare specialisti "di fiducia".

COMMENTI LIBERI

□ *Informiamo sempre il paziente sulla possibilità di scegliere tra il servizio pubblico e lo specialista privato.*

□ *La scelta dei consulenti da ospitare nello studio di gruppo dipende essenzialmente da quanto offre il servizio sanitario; non si vuole creare una concorrenza, ma solo cercare di migliorare l'assistenza.*

Si possono stabilire rapporti con il distretto?

I pediatri che lavorano in gruppo, grazie alla esperienza maturata, possono contribuire all'elaborazione di progetti-obiettivo miranti a migliorare la qualità dell'assistenza e il gradimento da parte delle famiglie.

Il rapporto con il distretto può essere di integrazione o di collaborazione.

Il rapporto di integrazione con il distretto, inteso come presenza fisica di un gruppo di pediatri nella sede distrettuale, è sicuramente più difficile da realizzare, sia per la mancanza di riferimenti normativi sia perché il PdF è un libero professionista e non un dipendente della ASL. L'esperienza di Muggiò è stata un tentativo in questo senso, concretizzatosi nella gestione comune di un progetto per la tutela della salute dell'infanzia che, partendo dalla centralità del ruolo del PdF, puntava all'integrazione fra questa figura e lo psicologo, il neuropsichiatra infantile, i terapi-

sti della riabilitazione, le infermiere e l'Ufficio vaccinale del distretto. Purtroppo il tentativo è fallito, perché i responsabili del distretto non sono stati capaci di dare continuità all'esperienza quando sono cambiate le persone che l'avevano avviata. Lo studio pediatrico di gruppo di Muggiò, però, continua ad avere sede nel distretto, e mantiene rapporti di collaborazione con il Comune e con la scuola.

Rapporti di collaborazione sono più facilmente realizzabili e tutti i gruppi li ricercano.

Le esperienze di rapporto sono in genere limitate al rapporto con altri operatori dell'area materno-infantile, con i Centri vaccinali, oppure si concretizzano nella trasmissione di dati. Un esempio di collaborazione fra gruppo e distretto è quello di Roma, dove dal 1998 gli assistiti dello Studio Pediatrico Associato vengono regolarmente vaccinati gratuitamente dal loro pediatra di fiducia, con i vaccini forniti dalla ASL RMC. Questa esperienza, resa possibile dalla buona volontà dei pediatri del gruppo e della responsabile del Dipartimento Materno-Infantile della ASL, riscuote un grande successo presso le famiglie e ha consentito il raggiungimento di una copertura vaccinale della popolazione di assistiti dai pediatri del gruppo pressoché totale per tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.

L'esperienza di Paderno con gli specialisti è un altro esempio di collaborazione.

COMMENTI LIBERI

□ *La nostra disponibilità al rapporto con il SSN e la nostra capacità progettuale si perdono spesso, perché tutto ciò non è previsto nella convenzione, contrariamente a quanto accade invece per i medici di famiglia.*

□ *Sviluppare i rapporti con il distretto potrebbe portare alla creazione di unità operative territoriali che comprendano la medicina di gruppo, la PdG, un servizio essenziale di laboratorio e di radiologia e un gruppo di specialisti che lavorano insieme.*

□ *Il rapporto fra gruppo e distretto può essere più proficuo di quello fra singolo pediatra e distretto, perché il gruppo può avere una progettualità globale che il singolo difficilmente ha.*