

# LA PEDIATRIA DI BASE NELL'AREA FIORENTINA

## Un'indagine sulla soddisfazione degli utenti pensata e realizzata dall'ACP Toscana

MONICA PIERATELLI, ANTONIO MILANESI, ELISABETTA BETTUCCI  
*Pediatr di famiglia, Firenze*

**FAMILY PAEDIATRICIANS IN FLORENCE: AN  
INQUIRY ON PATIENTS' SATISFACTION**  
(*M&B 3, 166-172, 1998*)

### Key words

*Family paediatricians, Quality of care, Patients' satisfaction*

### Summary

*An inquiry was carried out in Florence among caretakers of 300 children aged 0-14 years, aimed at exploring their opinions about family paediatricians. The caretakers (mainly mothers) were interviewed by professionals of a marketing agency hired ad hoc. On average, 74% of them utilize the family paediatrician, while 9% refer to general practitioners and 17% to private paediatricians. Caretakers showed a high degree of satisfaction (87%) about their family paediatrician. Communication skills and competence were perceived as particularly good. Availability was also good: only a small minority complained about difficulties in reaching the doctor by phone (6%) or in obtaining a home visit (8%). The use of hospital emergency room was limited (0.13/child/year) while relatively frequent was the consultation of other specialists.*

**S**copo della presente ricerca, che risale al 1993, è stata la valutazione da parte dell'utenza del livello qualitativo del servizio offerto dai pediatri di base.

L'idea è nata nel 1992, quando l'allora ministro De Lorenzo, fece diventare concreta l'ipotesi che la Convenzione pediatrica potesse essere soppressa a favore di un servizio a carattere libero professionale, privato.

Diventava quindi per prima cosa molto importante capire se quello che i pediatri di base offrono (cioè prendersi cura del bambino non solo curare la malattia) era quello che la gente vuole.

Ma non era solo questa l'urgenza; come pediatri di famiglia di estrazione ACP avevamo voglia di sapere molto di più, di dare risposte a tutta una serie di aspetti che spesso ci sorprendono e che ci caratterizzano: perché, e come, si sceglie il pediatra, perché si lascia, da chi finiscono i pazienti che un giorno lo revocano, se la gente lo reputa bravo, se crede che usi bene o male i farmaci, se è stanca di aspettare in sala d'attesa, o se, forse, vuole solo che il pediatra corra subito a casa ai primi segni di malattia.

Andavamo cioè in cerca di risposte a quei bisogni che anche nei piani sanitari sono oggi chiari e sempre presenti:

- valutare la qualità delle prestazioni;
- rispondere ai bisogni della popolazione;
- verificare il contenimento della spesa sanitaria;
- dare dimostrazione dell'umanizzazione del rapporto medico-paziente.

Ci siamo quindi messi a formulare un questionario che potesse dare le rispo-

ste a tutti i nostri quesiti, considerandolo il metodo migliore, per saggiare la soddisfazione dell'utente, identificato nelle madri dei bambini di 0-14 anni. Soprattutto in una logica di libero mercato ci sembrava che la conoscenza della soddisfazione di un servizio fosse premessa indispensabile per identificare le cause della delusione e indicare le aree di miglioramento.

Stava per nascere, per quanto ne sappiamo, il primo modulo di intervista sulla soddisfazione dell'utente su un Servizio pubblico, analisi prioritaria e indispensabile di quella VRQ che 5 anni fa si affacciava alle soglie della Sanità.

Abbiamo subito capito che non potevamo fare questo da soli, e non esisteva un modello a cui fare riferimento, essendo la realtà statunitense (maestra in indagini di mercato) non paragonabile alla nostra.

Ci siamo quindi rivolti a un'agenzia di marketing quotata in Firenze (Freni - ricerche di marketing) perché abbiamo capito che:

1. eravamo una categoria/merce soggetta a leggi del mercato (da vendere o da comprare a seconda delle qualità personali e del prodotto che producevamo, cioè la salute);
2. il questionario da fornire alle madri non poteva essere somministrato in ambulatorio e comunque da noi, pena la comparsa di numerose distorsioni: molto meglio sarebbe stato appoggiarsi a intervistatori professionisti che avrebbero compilato il questionario in maniera diretta, personalmente, cercando di ricondurre il clima dell'intervista e la qualità

delle risposte al miglior standard possibile.

Larga parte del lavoro, non esistendo, per quanto ci risulta, alcuna letteratura in merito, è stata quindi di ordine puramente metodologico (passando attraverso le fasi delle interviste cliniche e della taratura del modulo d'intervista) e, a posteriori, possiamo riconoscere che il modulo di intervista prodotto è utilizzabile come base per successivi scandagli esplorativi o ampliamenti conoscitivi inseriti in un rigoroso sistema di rilevazione periodica.

Il questionario, una volta strutturato, è stato validato e tarato sul campo, e sono state apportate alcune modifiche di forma per rendere ben comprensibile ogni domanda; infine sono state realizzate le interviste, che sono durate non meno di 30-40 minuti.

Abbiamo preferito, nonostante il costo, l'intervista diretta, e non quella telefonica, proprio per creare un clima che favorisse la comunicazione su un tema che spesso è caratterizzato più da sfumature che da certezze.

La rilevazione è stata condotta da intervistatori professionisti seguendo il protocollo standard per le ricerche di Marketing e Sociali (dallo *scaling* alla codifica, dal trattamento dei dati all'esposizione delle risultanze).

## IL CAMPIONE

L'indagine ha interessato un campione di 300 soggetti, stratificato per quote d'età di peso equivalente nei range 0-2, 3-6, 7-14 anni, localizzati nelle aree di Firenze (50% del totale campione), Prato (30%), Sesto Fiorentino e Campi Bisenzio (10% in ciascuna zona). I soggetti sono stati reclutati casualmente nell'universo delle donne con figli, anche adottivi, under 14, nelle vicinanze della grande distribuzione organizzata (supermercati e altre grandi superfici di vendita), e sono stati intervistati o in loco o successivamente presso la propria abitazione.

L'inchiesta inoltre, per evitare risposte in qualche modo condizionate, ha escluso la somministrazione del modulo d'intervista a tutti quei soggetti nel cui nucleo familiare fossero presenti medici oppure personale infermieristico.

Il campione è risultato statisticamente valido se rapportato alla popolazione di riferimento considerata nel suo universo.

Per alcune valutazioni statistiche le inferenze sull'intero universo hanno richiesto un riproporzionamento tra i 3 gruppi di età secondo la stratificazione reale.

## LA SCELTA DEL RESPONSABILE DELLA SALUTE DEL FIGLIO

### L'utilizzo del pediatra di base

Tra quanti si trovano nella fascia di età pediatrica, i tre quarti utilizzano effettivamente il pediatra di base; i rimanenti utilizzano per il 9% il medico generico, mentre il 17%, pur avendo segnato sul libretto sanitario un pediatra di base, preferisce avvalersi delle prestazioni di un pediatra a pagamento o di un altro specialista.

Il servizio di pediatria privata ottiene un'immagine migliore proprio presso i nuclei familiari culturalmente o emotivamente più deboli: dal momento che l'intervento dell'operatore privato presuppone un esborso diretto di denaro, gli viene facilmente riconosciuto un livello di prestazioni più elevato (maggiore l'onorario, più autorevole il parere professionale).

Anche l'incessante introduzione di nuove normative tende a essere fortemente frustrante, al punto che per alcuni risulta preferibile rinunciare alla medicina pubblica.

Nella fascia di età fra 0 e 2 anni il pediatra di base assiste l'86% dei bambini; in questo segmento non troviamo il medico generico in sostituzione del pediatra di base. L'utilizzo del pediatra di base decresce progressivamente al crescere dell'età del bambino; è a partire dai 7 anni che acquista importanza la figura del medico generico, evoluzione che viene ulteriormente accelerata se vi sono figli più grandi: quanto più grandi sono gli altri figli, tanto prima la famiglia tende ad interrompere il rapporto con il pediatra di base. Siamo in presenza di una sorta di "effetto di trascinamento" o di un'economia gestionale per cui la famiglia preferisce polarizzare la propria attenzione su un solo fornitore.

In questi casi è sicuramente il medico generico a essere il maggiore concorrente del pediatra di base, riuscendo a sottrargli una larga fetta di mercato, soprattutto al sopraggiungere del settimo anno di età.

Non abbiamo trovato invece correlazioni positive fra basso peso alla nascita e conseguente ospedalizzazione e scelta di un pediatra diverso da quello di base.

Risulta invece essere motivo di scelta di un sanitario privato la valutazione soggettiva negativa dello stato di salute del proprio figlio.

### I motivi della scelta

I motivi alla base della scelta del re-

sponsabile di salute per il proprio figlio sono elencati nella *Tabella I*.

Fondamentale è la reputazione che il medico ha saputo costruirsi, l'opinione che circola sul suo operato; più di 1/3 sono le famiglie che effettuano questa scelta sulla base del sentito dire, e hanno risposto al questionario con: «sentito parlare bene professionalmente».

Molto importante è anche il ruolo della familiarità instauratasi nel rapporto fra medico e genitori del bambino; dà più fiducia se è un amico di famiglia (o comunque un conoscente) o se ha già in cura un altro figlio.

In altre parole, la scelta sembra condizionata dall'emotività piuttosto che dalla valutazione oggettiva della competenza professionale del medico.

In molti casi risulta determinante nella scelta la comodità negli spostamenti; nell'eventualità che la madre non abbia altri riferimenti, la vicinanza dell'abitazione all'ambulatorio assume un rilievo fondamentale.

### Il sesso e l'età del pediatra

La professione del pediatra resta ancora prevalentemente maschile (55% uomini e 45% donne). In generale le madri, stando alle loro dichiarazioni, non hanno preferenze in questo senso: l'88% ritiene il sesso del pediatra ininfluenza per la scelta. Il sesso del bambino non sembra orientare in favore di un pediatra uomo o viceversa di un pediatra donna. L'età media del pediatra di base è ritenuta di circa 44 anni: il 70% rientra nella fascia di età dai 35 ai 54 anni.

### Motivi per la scelta di un medico diverso dal pediatra di base

Da segnalare che fra le motivazioni di non scelta del pediatra di base (che rappresentano circa il 25% del totale) solo il 25% esprime critica nei confronti del servizio pubblico: il 7% riferisce che il pediatra di base è restio a fare visite domiciliari, il 10% non ha fiducia, il 7% ritiene il pediatra privato più disponibile, più reperibile, più comodo. Alcuni aggiungono che comunque il figlio è ormai abbastanza grande da poter essere affidato alle cure del medico generico che ha già in cura il resto della famiglia (motivazione tipica sopra i 6 anni).

### STABILITÀ DEL LEGAME TRA MEDICO E PAZIENTE

### I motivi del cambiamento

Il rapporto instaurato con il medico

SCELTA DEL MEDICO PER IL FIGLIO		
	Frequenza	%
Sentito parlare professionalmente bene	105	35.00
È un amico di famiglia, conoscente	59	19.67
Era (o è) il medico di un altro figlio	51	17.00
È vicino, facilmente raggiungibile	48	16.00
Nessun motivo particolare, è stato un caso	33	11.00
Perché è obbligatorio	22	7.33
Per la grande disponibilità	21	7.00
Consigliato dal medico di famiglia	10	3.33
È il medico di famiglia	9	3.00
Scelto dalla lista della USL	9	3.00
Consigliato dal precedente medico	8	2.67
Per il tipo di specializzazione	7	2.33
Consigliato da conoscenti	6	2.00
Subentrato al precedente medico	3	1.00
Consigliato dall'ostetrica	3	1.00
Altro	28	9.33
<b>BASE</b>	<b>300</b>	

Tabella 1

prescelto per l'assistenza sanitaria del proprio bambino è di solito saldo e duraturo; più dei 2/3 delle madri intervistate non ha mai fatto ricorso a un altro medico in precedenza prima di quello attuale. Il rapporto con il pediatra di base è comunque più solido degli altri: 3 madri su 4 non l'hanno mai cambiato.

Coloro che invece hanno deciso di cambiarlo, affermano di essere stati spinti da una varietà di motivazioni che possono essere ricondotte a 4 insiemi:

- le questioni logistiche, legate soprattutto ai trasferimenti (del medico o del paziente) e alla lontananza;
- i cambiamenti professionali nello status del medico; spesso in questi casi il medico è passato a tempo pieno in ospedale;
- la scarsa professionalità del medico o la mancanza di fiducia;
- difficoltà insorte nei rapporti interpersonali (litigi, rifiuti nell'effettuare visite a domicilio, richieste di denaro, scarsa disponibilità).

#### La frequenza delle consultazioni

Ogni paziente mediamente ricorre al medico di base (pediatra o medico generico) per una visita ambulatoriale 3.2 volte all'anno. Il dato, così come quelli successivi, è stato ricalcolato sull'effettivo peso delle 3 fasce d'età considerate (0-2, 3-6 e 7-14 anni).

Sono circa il 25% i pazienti che fanno più di 4 visite ambulatoriali all'anno. Dal momento che c'è una larga fetta della popolazione (circa un quarto) che nell'arco di 6 mesi non si fa visitare, mentre

circa il 50% fa dalle 2 alle 4 visite ambulatoriali all'anno, è chiaro che una forte mole di lavoro viene generata da una quota minoritaria di pazienti. Questi *heavy-user* del servizio sono caratterizzati dalla fascia d'età: sono i bambini 0-2 anni.

Scomponendo il numero di visite per anno sulla base dell'età del paziente, il pediatra di base effettua in media 7.5 visite all'anno per ogni bambino da 0 a 2 anni, 4.2 per i bambini dai 3 ai 6 anni, 2.4 per quelli dai 7 ai 14 anni. Questi dati sono sovrapponibili a quelli ricavati dalle stime numeriche dei pediatri di base.

#### Il carico di lavoro

Ipotizzando che un pediatra abbia 800 pazienti, possiamo stimare un carico annuo di 2550 visite ambulatoriali. Ipotizzando 5 giorni di ambulatorio alla settimana, e sottratti i giorni festivi e prefestivi, risultano 244 giorni di ambulatorio all'anno, con una media di 10 visite al giorno (senza considerare un giorno di malattia o assenza dal lavoro per qualsiasi altro motivo). Ogni pediatra conduce inoltre mediamente 1350 visite a domicilio per anno. Se consideriamo che, sottraendo le festività, sono disponibili per le visite domiciliari 6 giorni alla settimana, rimangono 305 giorni lavorativi annui, a cui corrispondono 4.4 visite domiciliari al giorno (1.7 visite per bambino pro anno) (Figura 1).

Ogni giorno infine il pediatra di base effettua non meno di 10 consultazioni telefoniche, per un totale di 2900 consultazioni all'anno (3.6 per bambino pro anno).

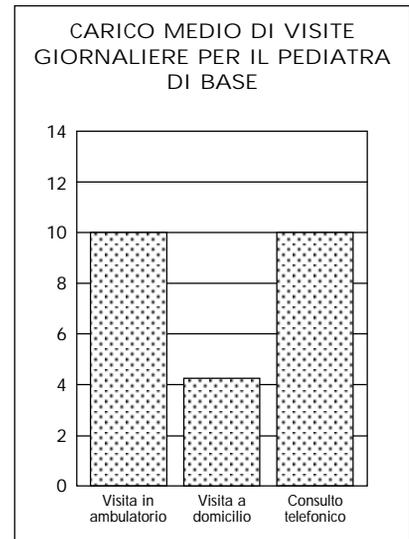


Figura 1

#### La comparazione tra il pediatra e il medico di base

La ricerca ha rilevato che, almeno per quanto riguarda i pazienti nella fascia d'età 0-14 anni, il carico di lavoro del pediatra di base è indubbiamente superiore a quello del medico generico, in quanto il pediatra di base ha la maggior parte dei suoi assistiti tra i bambini da 0 a 2 anni, per i quali la richiesta di visite è molto più intensa. In questa fascia di età 2 pazienti su 3 fanno ricorso al medico in ambulatorio dalle 6 alle 22 volte all'anno, dando luogo a un flusso di visite nettamente superiore a quello delle fasce più adulte. Il ricorso al pediatra decresce solo a partire dal settimo anno di età che rappresenta la soglia oltre la quale molti pazienti optano per il medico generico.

Il pediatra sopporta il paziente nella sua fase più critica, soprattutto per il carico delle visite personali (sia ambulatoriali che domiciliari). Nella fascia di età dai 3 ai 6 anni vediamo che a una riduzione delle visite personali corrisponde un maggior ricorso ai consultazioni telefoniche.

#### L'EFFICIENZA DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA DI BASE

L'indagine, per appurare il grado di soddisfazione del genitore nei confronti dell'operato del medico di base, ha preso in esame le varie fasi di accesso al servizio. Sono state così poste una serie di domande valutative sui singoli aspetti del servizio erogato, dalla facilità con cui il medico poteva essere contattato alla di-

sponibilità con cui si impegnava a garantire le prestazioni, fino alle qualità personali del medico stesso.

Dalle risposte emerge una valutazione del servizio offerto dal medico di base senz'altro positiva, anche da parte delle madri che non utilizzano per i propri figli il Servizio Sanitario Nazionale. Il quadro delineato dalle intervistate testimonia un generale apprezzamento della disponibilità del medico di base e della razionalità della gestione logistica del suo tempo (sistema degli appuntamenti, giro delle visite, ricettazione, consulti telefonici ecc.).

### Il contatto telefonico con il medico

Sono quasi 3/4 i pazienti che dichiarano di riuscire a reperire il medico telefonicamente in breve tempo, se non addirittura immediatamente. Anche nei casi in cui non c'è questa immediatezza, gli intervistati giudicano in genere almeno accettabili i tempi di risposta. Risultano limitate al 6% del campione le lamentele di quanti affermano di non riuscire a rintracciare il medico in tempi accettabili (Figura 2).

### La visita in ambulatorio

Estremamente facile è riuscire a fissare un appuntamento in ambulatorio: il 70% delle persone dichiara di riuscire a farlo in breve tempo. Tra queste madri 2/3 arrivano a dichiarare che non solo il medico è molto disponibile, ma è anche flessibile alle esigenze familiari. La gestione delle visite appare estremamente

razionalizzata ed efficiente nella maggior parte dei casi. La tendenza è quella di fissare gli appuntamenti (70% dei casi), mentre sono in minoranza coloro che rispettano esclusivamente l'ordine di arrivo (18%). Piuttosto diffusa è anche la pratica di fissare gli appuntamenti per poi a fine giornata mettersi a disposizione di coloro che, non riuscendo a fissare per tempo, si sono messi in fila. Solo il 4% lamenta delle difficoltà a fissare una visita ambulatoriale (Figura 3).

### I tempi di attesa

Nonostante la giornata sia programmata in una ordinata sequenza di appuntamenti, è estremamente difficile per il pediatra rispettare con precisione gli orari, dal momento che i singoli pazienti possono presentare problematiche difficilmente prevedibili, con un accumulo di ritardo impossibile da evitare, specie in chiusura di giornata.

Si tratta di un ritardo medio che i pazienti quantificano oggettivamente in circa 20 minuti, un tempo, in considerazione della peculiarità del tipo di prestazione, ritenuto assolutamente accettabile da larga parte dell'utenza.

Il tempo di attesa dipende naturalmente dal momento della giornata in cui si è fissato l'appuntamento in ambulatorio. I genitori dei pazienti che fissano, per motivi legati alla scarsa disponibilità di tempo, gli appuntamenti nel tardo pomeriggio saranno, per cause indipendenti dal medico, i più penalizzati.

Sono il 2% coloro che ritengono i tem-

pi di attesa intollerabili, mentre circa il 9% considera i tempi eccessivamente lunghi. Tutti gli altri ritengono che l'attesa sia breve o comunque giustificata (Figura 4).

### La durata della visita

Il tempo che il pediatra dedica a ogni paziente è considerato ampiamente soddisfacente. Vi sono delle differenze statisticamente significative, tra l'opinione sulla durata della visita di controllo e quella della visita per malattia. Nel 48% dei casi le intervistate dichiarano che la visita di controllo si prolunga per tutto il tempo necessario, mentre un altro gruppo (38%) la giudica rapida, ma comunque esauriente.

Nel caso della visita per malattia il giudizio sulla professionalità e sul tempo che il pediatra dedica alla conduzione della visita è più positivo che nella visita di controllo: sono infatti il 64% delle madri a giudicare ampiamente soddisfacente la durata della visita, mentre un ulteriore 30% la trova rapida ed essenziale, comunque professionalmente corretta. Si riduce all'1% la quota di coloro che ritengono insoddisfacente la durata della visita per malattia (Figura 5).

### La visita a domicilio

Per la stragrande maggioranza degli intervistati esiste da parte del medico ampia disponibilità a effettuare visite a domicilio. Oltre la metà del campione afferma che il pediatra di base è molto disponibile, e si reca presso l'abitazione in

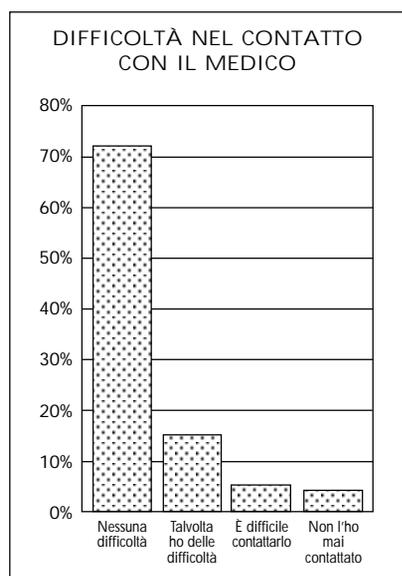


Figura 2

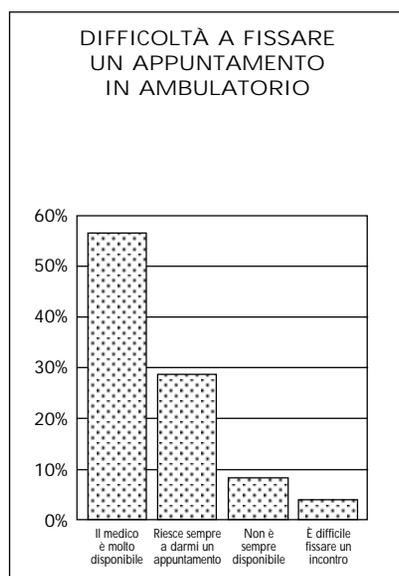


Figura 3

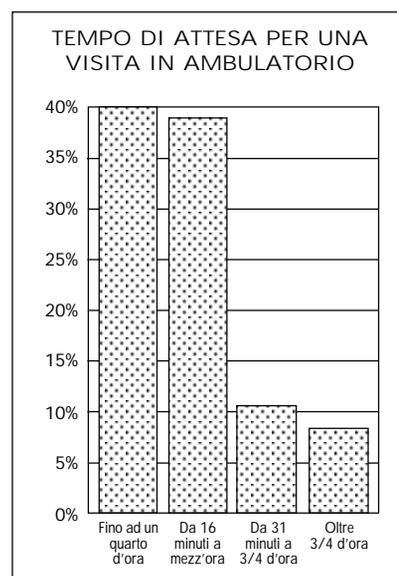


Figura 4

tempi rapidi; per il 36% il medico interviene in accordo con l'urgenza del caso, valuta la necessità e programma il giro delle visite per non penalizzare i pazienti più bisognosi. Per il 6% delle intervistate il pediatra non effettua facilmente visite domiciliari, ed è solito porre una serie di difficoltà per giustificare il proprio comportamento. Per il 2% infine il pediatra è considerato veramente molto restio a effettuare le visite a domicilio, fino al rifiuto (Figura 6).

**La ricettazione**

Agli occhi dell'utenza il medico non appare certo incline alla prescrizione dei farmaci se non per reale necessità terapeutica. L'85% delle madri afferma che il proprio pediatra è restio alla somministrazione di medicinali se non motivati da un reale stato di necessità. Alcune madri (7%) dichiarano invece che il pediatra cerca di evitare la prescrizione di medicinali promuovendo metodi di cura

alternativi. È contenuta nel 6% la quota di coloro che giudicano il proprio medico eccessivamente orientato ad abusare dei farmaci, mentre una sola madre si lamenta che il proprio medico prescrive farmaci piuttosto che accertare lo stato di salute del paziente.

La situazione che abbiamo accertato parla di un pediatra non uso alla prescrizione facile, portatore di una corretta cultura sanitaria.

**LA FIGURA DEL MEDICO**

**Le qualità personali**

Fra gli obiettivi dell'indagine vi era la valutazione del rapporto interpersonale tra il medico e il paziente attraverso il filtro della madre. In generale va premesso che sia la reputazione del medico generico che quella del pediatra di base sono ampiamente positive: entrambi dimostrano di saper gestire soddisfacente-

mente il rapporto con il bambino e, come ci hanno detto le madri, di "saperci fare". Constatiamo comunque un apprezzamento per il pediatra di base superiore a quello del medico generico (87% vs il 74%); questo maggiore apprezzamento nei confronti del pediatra di base è costante per tutte le caratteristiche sottoposte ad analisi. I vari item in cui è stato scomposto il profilo globale del medico sono tutti più favorevoli all'operato e ai tratti caratteriali del pediatra di base.

Il pediatra di base è reputato estremamente paziente e cortese, una qualità che incide sul servizio professionale molto più di quello che si potrebbe ipotizzare a prima vista. Questa valutazione è comune a un'alta percentuale di intervistate (92%), la maggior parte delle quali ritiene questa caratteristica presente ai massimi livelli.

Si deve tener conto che il giudizio delle neo-mamme sulle qualità delle prestazioni dei singoli operatori sia pubblici che privati tende a modellarsi sulle convinzioni delle madri più esperte, realizzando un processo di memoria storica di quartiere.

Il pediatra di base è solitamente molto affidabile, e ha affinato la capacità di mettere il bambino a proprio agio. Questa qualità ha una ricaduta immediata sulla percezione della sua professionalità. A questa caratteristica viene associata un'elevata competenza professionale: ben 7 persone su 10 riconoscono pienamente una preparazione adeguata alla mansione svolta, gli altri attenuano questo giudizio con un "abbastanza d'accordo"; nessuno comunque pensa che al proprio pediatra manchi un adeguato livello di competenza. Il pediatra di base viene considerato dalle intervistate costantemente aggiornato (96% molto + abbastanza).

In definitiva la preparazione professionale non genera alcun motivo di lamentela da parte delle madri, e rappresenta un dato acquisito e generalizzato che rafforza l'immagine professionale del pediatra, operatore preparato e degno di fiducia.

Il pediatra di base non si occupa solo di visitare e risolvere i problemi e le malattie del bambino ma, come precisano le intervistate, insegna ad accudirlo. Sono i 2/3 delle madri a riconoscere in pieno questa dote al proprio pediatra di base, mentre il 18% ne avverte la mancanza.

Le stesse considerazioni valgono per la propensione a dispensare utili regole di vita e a dare consigli che vadano al di

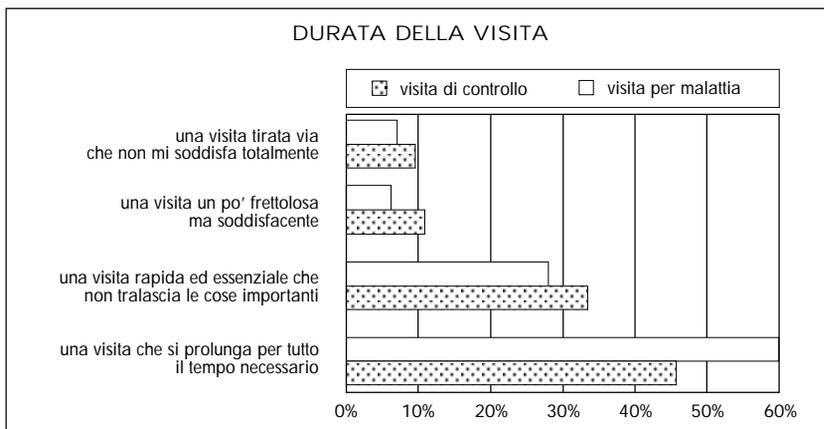


Figura 5

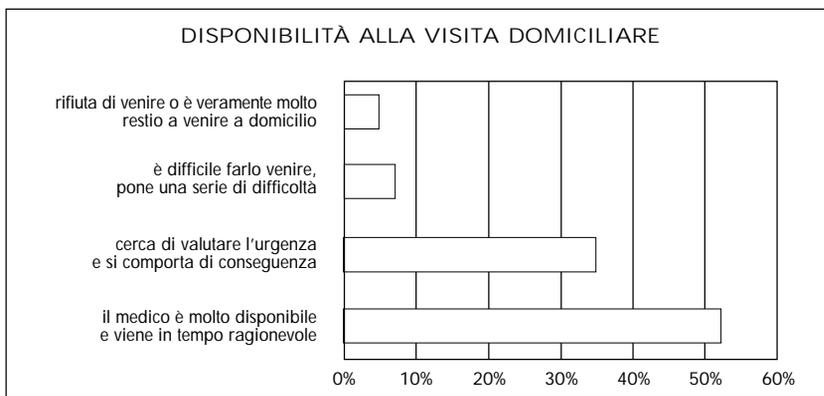


Figura 6

la del puro e semplice rapporto professionale, inserendo il rapporto medico-bambino in un contesto più ampio, che coinvolge anche dei tratti della vita di relazione apparentemente estranei.

Un'ulteriore caratteristica particolarmente apprezzata e riconosciuta al pediatra di base è la sua capacità di usare un linguaggio semplice e comprensibile. Questa caratteristica, assieme all'interesse mostrato al contesto sociale in cui vive il paziente e alla sua capacità di dispensare consigli pratici, risultano determinanti al gradimento.

### Valutazione complessiva del medico e del pediatra di base

È stata richiesta alle intervistate di esprimere una valutazione sintetica sul medico di base usando una scala di tipo scolastico (da 1=pessimo a 10=ottimo).

Il pediatra di base ottiene una valutazione media pari a 8.4 contro il 7.5 assegnato al medico generico; coloro che si rivolgono a un pediatra a pagamento assegnano al medico di base (pediatra o medico generico) un voto, come era logicamente attendibile, più basso (6.9), ma sempre piuttosto lontano dall'insufficienza.

Si è formata presso l'utenza una valutazione fortemente positiva dell'operato del pediatra di base, e una sensibile affermazione, almeno nel segmento degli under 14, nei confronti del medico generico (Figura 7).

Sono le madri più mature a esprimere valutazioni numeriche più alte (8.7 il voto medio). La valutazione del medico sembra influenzata dal livello di scolariz-

zazione: in generale sono più critici nel valutare l'operato del proprio medico coloro che hanno un alto livello culturale. Esiste inoltre, come abbiamo già visto, una fetta di popolazione di bassa scolarizzazione e basso reddito pregiudizialmente orientata ad avere una valutazione critica della sanità pubblica.

### IL RICORSO AD ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

Al campione di intervistate è stata sottoposta anche una batteria di domande relative a eventuali ricorsi presso altre figure mediche, sia generiche che specialistiche, e altre della cosiddetta medicina alternativa.

Lo scopo di questa sezione del questionario era quello di valutare non solo l'entità del fenomeno, e quindi l'importanza del suo peso rispetto al medico di base, ma anche di verificare le modalità e di capire le motivazioni che determinano il ricorso.

Nella gran parte dei casi abbiamo constatato che il rapporto con il medico che ha in cura il bambino è esclusivo. Una volta scelto (o sostituito) il medico, indifferentemente se quello di base piuttosto che quello a pagamento, si tende a considerarlo l'unico referente. Solo in rari casi si verifica una situazione in cui il genitore avverte la necessità di avvalersi di un supporto esterno, e questo avviene nei casi più problematici.

Quando il rapporto, per i più diversi motivi, non funziona, a rigor di logica si cambia il medico.

Il ricorso alle cosiddette scienze mediche alternative non coinvolge, se non marginalmente, almeno per il momento, il mondo dei bambini.

Tra i vari medici abbiamo verificato il ricorso maggiore a favore del pediatra a pagamento. Per esso si registra una media di 0.63 visite per ogni bambino ogni anno; numericamente inferiore la frequenza di ricorso al medico generico (circa 0.15 volte all'anno per ogni bambino), al pediatra del consultorio (0.07) e al professore primario (0.06).

Il ricorso agli altri operatori è solitamente dettato da motivi di urgenza. È il caso del pronto soccorso (0.13 ricorsi medi per bambino), della guardia medica, del medico ospedaliero (day hospital).

Nel campo degli specialisti è il dentista quello cui si ricorre con più frequenza. Sono 0.37 le visite annue effettuate per ogni bambino. In questo caso, data

la specificità degli interventi richiesti, è chiaro come il pediatra non possa essere il punto di riferimento.

Nell'ordine seguono l'oculista e l'otorinolaringoiatra. Più rari sono i ricorsi all'ortopedico, al dermatologo, all'allergologo e al cardiologo. Sulle 300 unità del campione 9 sono stati i ricorsi al chirurgo, pari a 0.03 per bambino in un anno (1 ogni 33 bambini).

In generale sono quasi 2 intervistate su 3 a rivolgersi ad altri medici. Alta quindi la percentuale che almeno una volta ha richiesto un parere ad esterni, ma bassa è la frequenza del ricorso.

### La motivazione

La spinta a ricorrere ad altre figure esterne al proprio medico di fiducia è conseguente a una richiesta di maggior conforto personale causato da uno stato ansioso spesso tipico delle madri con un unico figlio.

Tra le madri che si sono rivolte a terzi (il 64% del totale campione) constatiamo che in 6 casi su 10 avviene per iniziativa personale. Tutto ciò non deriva da una sfiducia nel proprio medico, dal momento che nella maggior parte dei casi questi viene informato e gli viene richiesto di fornire un ulteriore parere, ma dal bisogno di una conferma da parte di specialisti (Figura 8).

Pesano per il 10% sul totale le visite fatte di proposito all'insaputa del medico curante, sintomo evidente di una qualche difficoltà insorta nel rapporto.

In molti casi, comunque, il medico non viene informato, non certo per una precisa volontà di tenerlo all'oscuro quanto per semplice dimenticanza, per un certo senso di imbarazzo o perché considerato irrilevante.

In 1 caso su 3 il suggerimento di rivolgersi a un esterno proviene dallo stesso medico curante. In questo caso i consigli si concentrano su alcuni specialisti, fra i quali più frequenti l'oculista, l'ortopedico e l'otorino. Si va invece per decisione personale dal dentista e soprattutto dal pediatra privato. Altre volte la decisione deriva dal concorso dell'iniziativa personale e dei suggerimenti di altre madri che hanno avuto esperienze simili.

Il bisogno più intenso da soddisfare con il ricorso ad altri pareri è sicuramente quello di essere rassicurati sull'esattezza delle diagnosi del proprio medico (la motivazione viene espressa dal 60% di coloro che si sono rivolti a medici esterni).

Altri fattori che inducono a rivolgersi

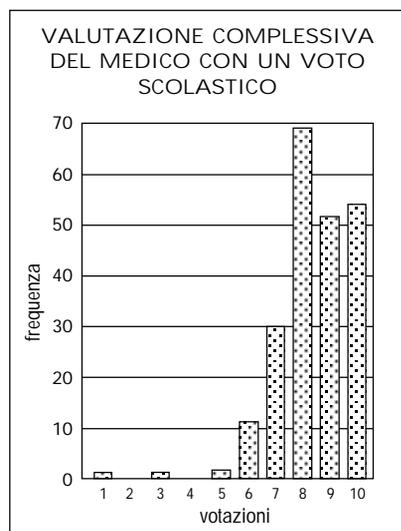


Figura 7

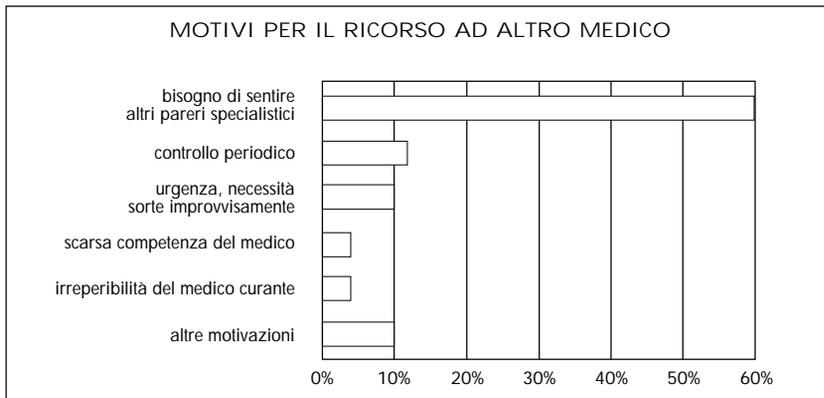


Figura 8

ad altri medici sono la necessità di un controllo periodico e le situazioni che necessitano di un pronto intervento; in misura minore l'irreperibilità del medico o una sua presunta scarsa competenza. Sono soprattutto coloro che non sono assistiti dal pediatra di base a ricorrere con più frequenza a medici esterni. Questo

ad ulteriore testimonianza di come il pediatra di base sia ritenuto in grado di risolvere gran parte delle questioni proposte e abbia costruito un rapporto fiduciario con il paziente. Presso coloro che si rivolgono al pediatra privato constatiamo invece la più alta frequenza di controlli presso altri medici.

Finisce volutamente qui la presentazione, ovviamente sommaria, di alcuni risultati, così come sono stati commentati dagli esperti e non vengono riportate le conclusioni, lasciando, a chi vorrà leggere questi dati, le considerazioni.

Vogliamo sottolineare che questo lavoro è stato pensato e portato a termine 4 anni fa, quando le regole della pediatria di famiglia erano diverse. Oggi, con il nuovo accordo, molto è cambiato e forse siamo cambiati anche noi. Sarebbe interessante ripetere questa esperienza in questo momento storico, anche se alla popolazione sembra oggi interessare molto di più la sola soddisfazione (magari l'idea di poter coltivare un'assurda speranza: vedi affare Di Bella) che l'efficiacia e la qualità.