

Epidemiologia dell'accesso del bambino al pediatra di famiglia

GIAN LUIGI ALESSANDRINI¹, ANGELA BARACHINO²

¹Pediatra di famiglia, Mestre (VE), ACP Lucrezia Corner

²Pediatra di famiglia, Mira (VE), ACP Lucrezia Corner

La ricerca risponde a una serie di domande: la quantità e la composizione del carico di lavoro del pediatra di famiglia "medio", le fasce di età e le variabili dell'utenza che danno più da fare, le caratteristiche degli iper-utilizzatori e la composizione della categoria dei non utilizzatori, il trend delle richieste, gli effetti dell'organizzazione e della pre-selezione telefonica sulla qualità della domanda.

I dati relativi agli accessi dell'utenza all'ospedale sono ben noti, in quanto parte dei sistemi informativi sanitari correnti. Minori sono le conoscenze sugli accessi alle cure primarie nel territorio. L'introduzione dell'informatica nell'uso quotidiano presso l'ambulatorio del pediatra di famiglia permette di poter ricavare informazioni quali-quantitative sull'attività.

MATERIALI E METODI

L'indagine riguarda l'anno 1997, con l'analisi dei record inerenti l'accesso dei pazienti di due pediatri di famiglia, che hanno utilizzato lo stesso software di gestione ambulatoriale (autoprodotto con data-base in ambiente Apple Macintosh), con esportazione di dati analizzati su foglio elettronico MS Excel per ulteriori analisi e rappresentazioni grafiche. Gli assistiti in carico nel corso dell'anno 1997 sono stati analizzati mese per mese, per fasce d'età e per zona geografica di domicilio, e poi rappresentati in ciascun sottogruppo con le medie dei 12 mesi, per ottenere la popolazione media annuale degli assistiti in carico. Questi dati sono stati incrociati con quelli relativi agli accessi (assistito, età al momento di accesso, sede di accesso e motivazione) per calcolare i tassi relativi ai vari sottogruppi.

Mancano i dati relativi alle ferie (un

EPIDEMIOLOGY OF ACCESS TO THE FAMILY PAEDIATRICIAN

(*Medico e Bambino* 18, 497-502, 1999)

Key words

Family paediatrician, Primary care, Ambulatory care

Summary

Two family paediatricians describe the epidemiology of the access to their paediatric practices, located in the Veneto Region. Accesses during 1997 were 4657 and 5212 with an average number of accesses per child per year of 5,3 and 6,1 respectively. Among factors influencing access, younger age was the most important followed by season. Organizational features and distance did not seem to influence access. Almost 30% of accesses were due to bureaucratic reasons and only 10% for preventive advice. Heavy users were predominantly young children of the preschool age affected by recurrent respiratory infections. Non-users were 9% of the total. Most of them were older children with no perceived health problems, while about 1/4 of them did probably prefer alternative providers. The Authors point out to the need of reorienting the demand to make the use of the NHS family paediatrician more effective.

mese nel corso dell'anno), in quanto sostituiti da pediatri non utilizzatori di computer: 1 settimana in aprile, 15 giorni in giugno e 1 settimana in luglio per entrambi i pediatri.

I due pediatri operano in zone diverse, con diversa anzianità e diverse modalità organizzative di accesso al servizio, rappresentando quindi due modelli diversi.

Pediatra A: nel 1997, al 12° anno di convenzione pediatrica, in un contesto cittadino (Mestre, terraferma del comune di Venezia), con massimale di 880 assistiti dal gennaio 1997, con reperibilità telefo-

nica per fasce orarie (tre nella giornata) e accesso in ambulatorio per appuntamento con preselezione telefonica, salvo urgenze.

Pediatra B: nel 1997, al 7° anno di convenzione, in un contesto suburbano di un comune confinante della stessa città (Mira), con diverse frazioni e massimale di 880 assistiti, raggiunto gradualmente nel corso dell'anno con iscrizione esclusiva di neonati (disposizione ULS, recente ACN 2), reperibilità pressoché continua con telefono + segreteria telefonica a domicilio e in studio e accesso in ambulatorio con sistema "misto"

(libero accesso + appuntamenti).

Entrambi i pediatri svolgono l'attività ambulatoriale 2 mattine e 3 pomeriggi alla settimana, dal lunedì al venerdì.

RISULTATI

Analisi della popolazione indagata

La popolazione oggetto dello studio è costituita da 1738 bambini: 921 sono in età 0-6 anni (esclusiva pediatrica) e 817 in età 6-14 anni, pari rispettivamente al 53% e 47%. La distribuzione è opposta tra i due pediatri (Figura 1).

Nell'ambito di questa popolazione si è cercato di conoscere l'entità di sottogruppi particolari che possono incidere sul numero o tipo di accessi (Tabella I).

Le zone di domicilio sono state definite vicine o lontane rispetto alla sede di ambulatorio con il seguente criterio:

stesso quartiere nel caso della città, sede capoluogo di comune nel caso del comune suburbano. Le frequenze relative sono espresse nella Tabella II.

Accessi

Nel 1997 si sono verificati 9869 accessi, di cui 4657 con il Pediatra A e 5212 con il Pediatra B; le visite domiciliari sono il 5,74%, pari a 567: 203 per il Pediatra A (4,36%) e 364 (6,98%) per il Pediatra B.

Il tasso di accesso al pediatra (espresso come tasso di 1000 assistiti/anno) varia molto in funzione della classe di età: da un massimo del 9378,57 del 1° anno di vita a un minimo di 2565,21 del 14° anno di vita (media 5678,36). Anche per gli accessi a domicilio il tasso varia molto in funzione dell'età, ma il picco è spostato nella fascia di età corrispondente alla prima socializzazione del

bambino (2°-4° anno di vita), con un valore massimo di 608,69. La media globale degli accessi domiciliari è 326,23 (Figura 2 e 3).

Le Figure 4 e 5 illustrano l'incidenza della stagionalità degli accessi calcolata come tassi per 1000 assistiti/mese nei vari mesi dell'anno.

I tassi del numero di accessi, sia quelli globali sia quelli a domicilio, per zona di ubicazione più o meno vicina alla sede di ambulatorio, non hanno rilevato differenze apprezzabili: 5347 vs 5148 per gli accessi totali, e 227 vs 234 per quelli domiciliari.

Le motivazioni di accesso sono riportate in Tabella III, e sono raggruppabili in tre gruppi principali: patologia, burocrazia e prevenzione, che hanno registrato tassi medi (per 1000 assistiti/anno) rispettivamente di 3427, 1606, 645. I valori di questi gruppi espressi in percentuale del totale sono riportati nella Figura 6.

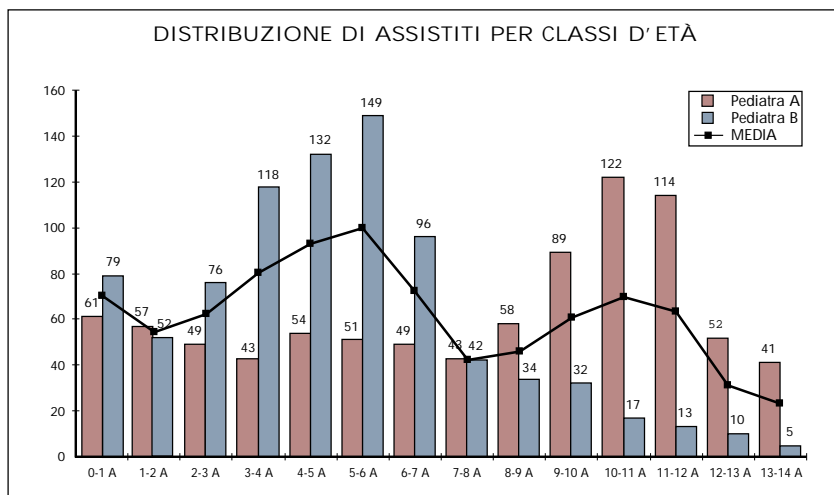


Figura 1. Il picco è a 11 anni per A, più anziano, e a 6 anni per B, più giovane.

Utilizzatori frequenti del SSN

In ogni sistema sanitario vi sono degli utilizzatori frequenti, "heavy users" (HU), e degli utilizzatori assenti. Analizzando il 10% dei pazienti che ha fatto maggiormente ricorso al medico nell'anno 1997, si osserva che il 10% della popolazione provoca oltre il 25% degli accessi al medico, come rilevabile dalla Tabella IV. L'80% degli HU sono bambini di età inferiore ai 6 anni, e l'aumento del numero di accessi è proporzionale anche per le visite domiciliari.

La Figura 7 riporta la frequenza relativa degli HU in funzione della distanza dalla sede di ambulatorio, e lo scostamento del numero di accessi mensili degli HU rispetto a quelli della media generale della popolazione, differenziato tra i due pediatri, è visualizzato nella Figura 8.

Conoscendo nominalmente questi assistiti, si è cercato di definire la motivazione per l'appartenenza alla categoria degli HU, e la Tabella V riporta la tipologia di questo sottogruppo di popolazione.

Gli "assenti" del pediatra di famiglia

In questa indagine vengono definiti "assenti" i pazienti che non si sono mai recati nel corso dell'anno dal proprio pediatra di famiglia, con esclusione di chi si è iscritto in dicembre o revocato in gennaio per il compimento dei 14 anni, o revocato nell'anno per altri motivi (ad esempio trasferimento, passaggio ad altro medico).

PROBLEMATICITÀ DEGLI ASSISTITI

	Ped."A"	Ped."B"	"A"+"B"
Famiglie extracomunitarie*	8	1	9
Con patologia cronica ¹	23	12	35
Condizioni socioeconomiche molto basse	7	19	26

*compresi apolidi; ¹esclusi soggetti atopici

Tabella I. Per il pediatra A prevalgono extracomunitari e cronici; per B, i poveri.

ZONE DI DOMICILIO DEGLI ASSISTITI

Zona	Ped."A"	Ped."B"	"A"+"B"
Vicina	559 (63,3%)	400 (46,8%)	959 (55,2%)
Lontana	324 (36,7%)	455 (53,2%)	779 (44,8%)
Totale	883	855	1738

Tabella II. Per il pediatra B, più giovane, prevalgono i pazienti con domicilio più lontano.

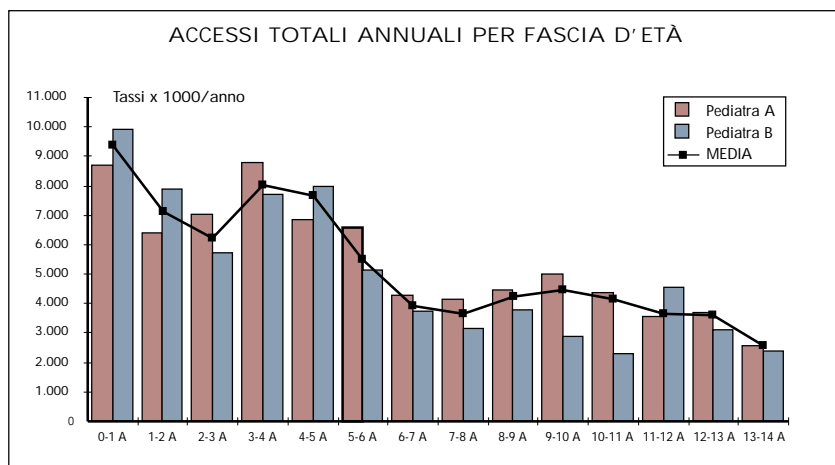


Figura 2. Il maggior numero di accessi si colloca nella fascia 0-6 anni.

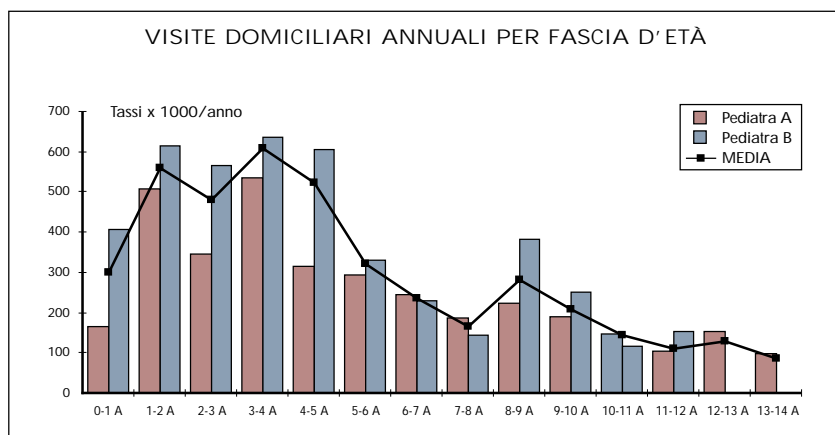


Figura 3. Il picco delle visite domiciliari si colloca nell'età della scuola materna (B>A).

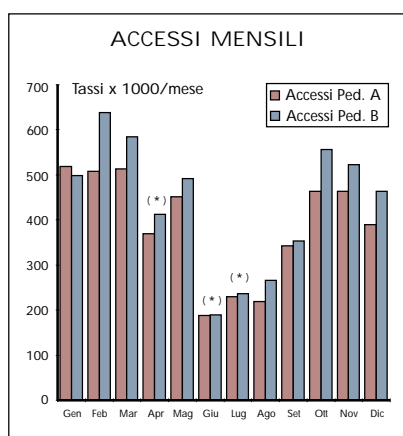


Figura 4. Gli accessi si riducono solo d'estate (anche per sottovalutazione). (*) Mesi in cui il pediatra non era presente.

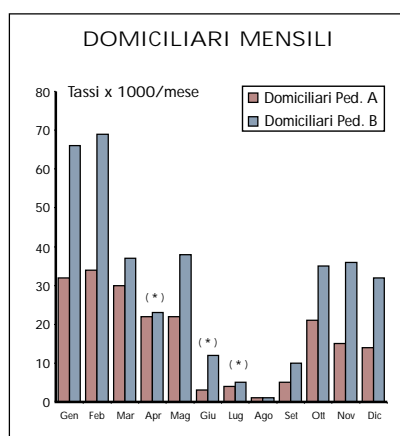


Figura 5. Le visite domiciliari (B>A) hanno lo zenit d'inverno e il nadir d'estate. (*) Mesi in cui il pediatra non era presente.

I pazienti definiti "assenti" del pediatra di famiglia sono 156, pari a circa il 9% (8,98%) della popolazione, con variazioni di circa $\pm 0,5\%$. Circa i 2/3, 106 su 156, hanno più di 6 anni. In questa fascia di età gli "assenti" sono il 12,97%, rispetto al 5,43% tra la popolazione di età compresa tra 0-6 anni.

Rispetto al tasso medio generale dell'8,98%, gli "assenti" tra i pazienti domiciliati lontano dalla sede di ambulatorio sono il 9,24%, rispetto all'8,6% della popolazione che abita vicino.

Questi dati possono essere spiegati in vari modi:

- 82 (52,56%) sono i pazienti che forse sono sempre stati bene (o altrimenti si sono rivolti altrove), di cui comunque non si conosce altra causa di "assenza";
- 33 (21,15%, pari all'1,86% della popolazione indagata) non si sono mai visti durante tutti gli anni di convenzione, autentici "UFO" per il pediatra di famiglia;
- 19 (12,18%) hanno compiuto 14 anni gradualmente nel corso del 1997, e sono sempre stati bene;
- 11 (7,05%) hanno già un altro medico in famiglia;
- 4 (2,56%) sono "alternativi" al SSN, dal parto a domicilio alle cure omeopatiche ecc.;
- 3 (1,92%) in realtà sono domiciliati lontano, con residenza non corrispondente al domicilio effettivo;
- 3 (1,92%) sono i casi in condizioni socio-economiche disagiate (di cui 1 extracomunitario);
- 1 è un paziente con cui si è litigato e si presume si rivolga ad altro medico.

DISCUSSIONE

Premesso che questa non è un'analisi dei carichi di lavoro o delle prestazioni effettuate (perché a un accesso possono corrispondere più prestazioni), i nostri dati confermano che un assistito si reca in media 5-6 volte all'anno dal proprio pediatra SSN, con una frequenza maggiore per le età inferiori. A un pediatra massimalista con 880 assistiti, con una popolazione media come quella studiata, in quel contesto, si verificano in media per ogni giorno lavorativo 19 accessi al giorno, di cui 1 a domicilio dell'assistito, con una variabilità in funzione del mese dal +39% al -30%. Questi valori inoltre risentono di un "bias" di sottostima del 6-7%, dovuti alla mancanza dei dati durante il periodo di ferie del pediatra (Figura 4).

I pochi lavori in letteratura che valu-

MOTIVI DI ACCESSO AL PEDIATRA

Motivo	Pediatra "A"		Pediatra "B"	
Patologia	2439	(52,37%)	3491	(66,98%)
Ricette	666	(14,30%)	376	(7,21%)
Richieste di esami e visite specialistiche	530	(11,38%)	380	(7,29%)
Certificati	504	(10,82%)	336	(6,45%)
Bilanci di salute	484	(10,39%)	607	(11,65%)
Vaccinazioni	14	(0,30%)	2	(0,04%)
Screening	13	(0,28%)	1	(0,02%)
Prestazioni P.I.P. ²	7	(0,15%)	19	(0,36%)
TOTALE	4657		5212	

Tabella III. Il pediatra A ha più "burocrazia" di B.

ACCESSI AL PEDIATRA PER GRUPPI DI MOTIVI

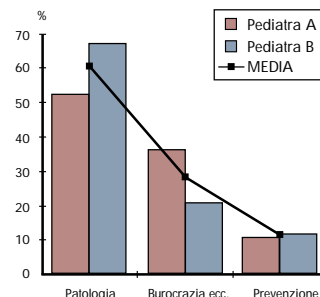


Figura 6. La burocrazia occupa un terzo del lavoro del pediatra (B>A)

ACCESSI DEGLI "HEAVY USERS" PER ETÀ

	Pediatra "A"	Pediatra "B"	"A"+"B"
HU	88	85	173
10%	(10 %)	(10 %)	(10 %)
Età 0-6 anni	61	78	139
	(69,31 %)	(91,76 %)	(80,34 %)
Età 6-14 anni	27	7	34
	(30,69 %)	(8,24 %)	(19,66 %)
Accessi totali	1219	1330	2549
	(26,18 %)	(25,12 %)	(25,82 %)
Accessi domiciliari	51	80	131
	(25,12 %)	(21,98 %)	(23,10 %)

Tabella IV. L'età degli HU non differisce da quella dell'utenza generale.

DISTANZA DALLA SEDE DELL'AMBULATORIO DEGLI HEAVY USERS

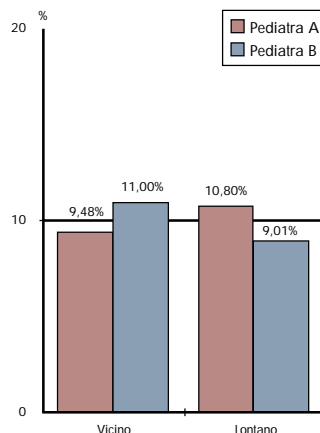


Figura 7. I grandi utilizzatori non differiscono dalla media per il domicilio (vicino - lontano).

tano l'attività di un pediatra per un periodo annuale riguardano l'area lombarda⁴. Nel lavoro di Bergamo³, di circa 10 anni precedente (1986-87), sono riportati i tassi per fascia d'età, che sono estremamente importanti per i confronti, data la differenza del numero di accessi in funzione dell'età dell'assistito: i pazienti di età inferiore ai 6 anni fanno lavorare oltre il doppio (Figura 10 e 11), sino a 3 volte nel caso delle visite domiciliari per il Pediatra B (zona suburbana). Il Pediatra A (zona urbana) ha un numero assoluto di accessi inferiore al Pediatra B ma, valutando le frequenze relative (tassi) come da Figura 10, si può osservare come il tasso 0-6 anni sia lo stesso, mentre quello 6-14 anni sia addirittura maggiore: la diversità del numero di accessi è solo dovuta alla diversa composizione dell'età della popolazione in cura, e né l'organizzazione su appuntamento né la diversa reperibilità telefonica sembrano

modificare la frequenza degli accessi.

Nel gruppo di Bergamo³ i pazienti 0-6 anni erano il 79% rispetto al 53% della nostra casistica, verosimilmente per la diversa anzianità di convenzione. A Bolate⁴, infatti, i pazienti 0-6 anni alla data dell'inizio dello studio triennale erano il 70,82% e al termine il 55,8%. L'indagine condotta nell'area di Firenze-Prato^{5,6} stima valori simili per le visite mediche (3900 visite/anno per 800 pazienti).

Riguardo alle visite domiciliari si può osservare (Figura 3) che nel caso del Pediatra A si concentrano con 2 picchi tra 1-2 anni e 3-4 anni corrispondenti al 1° anno di socializzazione istituzionale (asilo-nido e scuola materna), con rapida riduzione progressiva, come per effetto di una presa di coscienza del problema, dato che la riduzione è maggiore della tendenza al decremento con l'età di tutti gli accessi. Per il Pediatra B le visite domiciliari hanno valori stabilmente

più alti tra 1 e i 5 anni, come se fosse più difficile in quel contesto produrre dei cambiamenti di abitudini consolidate; il maggior tasso di visite domiciliari del Pediatra B è visibile nella Figura 11. I confronti con la letteratura sulle visite domiciliari confermano che, a fronte di una casistica relativamente omogenea sulla quantità di visite, la loro entità varia notevolmente. Il collega di Bolate⁴ riporta valori molto inferiori ai nostri, che sono simili a quelli del gruppo di Bergamo³ nel 1986, e del 25% inferiori a un'indagine del 1993, sempre nell'area veneziana⁷, a sua volta del 15% inferiore a una condotta nel Veneto⁸. Nell'area napoletana (1995)⁹ vengono riportati valori decisamente superiori, e le stime per l'area di Firenze - Prato (1993)⁵ raggiungono il record di un rapporto tra visite am-

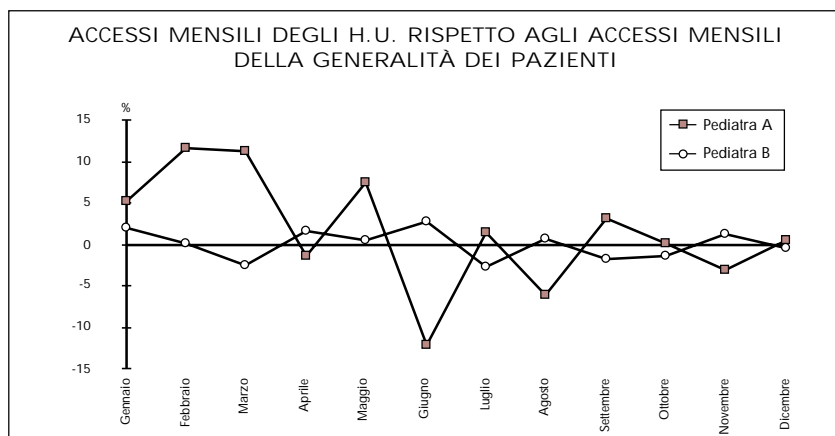


Figura 8. I grandi utilizzatori non si scostano dalla norma per ciò che riguarda la stagionalità degli accessi.

bulatoriali e visite domiciliari di 2:1.

L'impressione di chi scrive è che il trend sia in lenta diminuzione: le abitudini delle famiglie si modificano grazie ai comportamenti omogenei dei pediatri di famiglia. L'ambulatorio attrezzato con diagnostica rapida, nonché una pediatria di gruppo generalizzata darebbero un impulso decisivo nel ridurre allo stretto necessario questa pratica.

Al contrario di quanto avviene per la distanza dall'ambulatorio, la stagionalità

è importante nell'influenzare il numero di accessi. La Figura 4, che riporta i tassi di accesso per 1000 assistiti su base mensile, evidenzia che il periodo di bassa affluenza si limita a luglio e agosto. In pratica i mesi con frequenza "intermedia" di accesso sono molto pochi («Le mezze stagioni non esistono più...»): probabilmente quelli in cui la scuola è parzialmente aperta, ovvero giugno e settembre. La dinamica delle visite domiciliari (Figura 5) è invece diversa: vi

è una netta prevalenza per i mesi "freddi" dell'anno, in modo più accentuato per il Pediatra B (che ha in carico più bambini in età minore).

La notevole diversità tra i due pediatri quanto ai motivi di accesso denominati "Patologia" e "Burocrazia" è da interpretare alla luce delle diverse modalità organizzative: la preselezione telefonica modifica il tipo di accessi quando ai consigli telefonici segue una ricettazione o la richiesta di esami o visite specialistiche, anziché una visita medica.

Le certificazioni medico-sportive, e quelle per colonie e soggiorni estivi, sono richieste per i bambini oltre i 6 anni, e i due pediatri sono difformi come fasce di età di assistiti in carico. Si può comunque affermare che il numero di accessi inerenti attività burocratiche di un pediatra oscilla tra il 20 e il 38%.

Gli HU, definiti come il 10% della popolazione che si rivolge di più al pediatra, hanno valori medi di 14-15 accessi all'anno (2,5 volte la media), con un aumento delle visite domiciliari pressoché parallelo. L'età predominante è quella inferiore ai 6 anni (80%). Non vi è preferenza per la distanza dalla sede di ambulatorio, né la stagionalità è diversa da quella generale.

Quasi la metà (48%) degli HU sono pazienti con infezioni respiratorie ricorrenti (IRR). In questi pazienti è determinante la socializzazione scolastica. Atopici e famiglie con problemi psicologici sono quote non trascurabili del gruppo degli HU (rispettivamente il 16% e il 15% della nostra casistica), mentre minore è la percentuale dei pazienti con patologia cronica (8,6%) che, escludendo gli atopici, sono solo il 2% della popolazione generale. I gravi problemi socio-economici della famiglia non affliggono questo gruppo di popolazione, perché il tasso di frequenza (1,15%) è simile o inferiore a quello riscontrabile nella popolazione generale indagata (1,49%), a conferma che questa tipologia di pazienti non si rivolge con frequenza maggiore al proprio medico, preferendo un contatto con le strutture di PS-Ospedale, forse perché sono: a) sempre aperte (queste famiglie agiscono d'impulso e vogliono una risposta immediata, a qualunque ora); b) più impersonali (queste famiglie preferiscono far conoscere il meno possibile la loro vita privata).

Gli "assenti" del pediatra di famiglia sono relativamente pochi, circa il 9%. Preferenzialmente si tratta di bambini grandi, oltre i 6 anni, mentre non è particolarmente importante la sede. Dall'a-

TIPOLOGIA DEL PAZIENTE/FAMIGLIA HU DEL SSN			
	Pediatra "A"	Pediatra "B"	"A"+"B"
Bambino con IRR	37 (42,05 %)	46 (54,12 %)	83 (47,97 %)
- da asilo nido	17	4	21
- da scuola materna	18	32	50
- piccolo con molti fratelli	2	10	12
Malattie atopiche	17 (19,32 %)	11 (12,94 %)	28 (16,18 %)
Famiglia con problemi psicologici	9 (10,22 %)	18 (21,17 %)	27 (15,60 %)
Patologia cronica	10 (11,36 %)	5 (5,88 %)	15 (8,67 %)
Condizioni socioeconomiche molto basse	1 (1,13 %)	1 (1,17 %)	2 (1,15 %)
Malattia acuta con lungo follow-up	4 (4,54 %)	1 (1,17 %)	5 (2,89 %)
Varie	10 (11,36 %)	3 (3,52 %)	13 (7,51 %)

Tabella V. Gli HU non hanno patologie diverse da quelle dell'utenza generale.

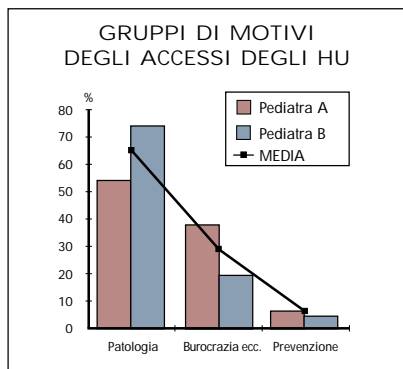


Figura 9. I motivi di accesso dei grandi utilizzatori non si scostano dalla media. Prevale la burocrazia per A (età dei pazienti più avanzata), la patologia per B.

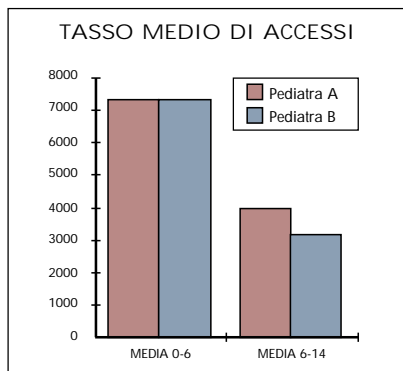


Figura 10. I bambini dei primi 6 anni fanno lavorare il doppio dei più grandicelli.

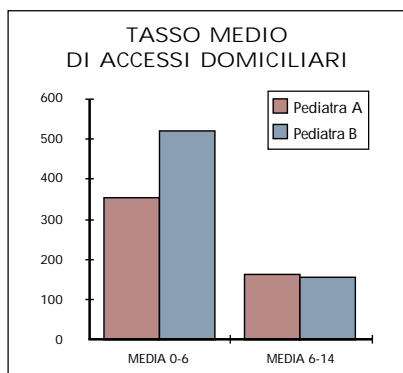


Figura 11. Anche qui prevale la fascia 0-6 anni; le visite domiciliari sono più numerose per il pediatra B.

nalisi delle motivazioni si può dire che poco meno di 1/4 sono o persone che si rivolgono ad altri, probabilmente privatamente, o sono alternativi irriducibili alla medicina cosiddetta ufficiale (pochi); poco più della metà (52%) sono bambini

che presumibilmente non hanno necessitato di intervento medico nel corso dell'anno e l'assenza del restante 24% ha motivazioni varie.

L'unica indagine in cui si valuti questo sommerso è quella fiorentina⁵, che riferisce valori apparentemente più elevati. Una indagine veneta¹⁰, condotta sempre con interviste ai genitori dei bambini ma di età 0-6 anni e su un periodo di 8 mesi (ottobre 93-maggio 94), riporta per la medesima fascia d'età valori di quasi 2,5 volte più elevati rispetto alla nostra casistica. Le indagini condotte tramite le interviste ai genitori permettono di avere informazioni anche sulle altre figure professionali che ruotano attorno al bambino, e di avere un giudizio esterno su alcuni aspetti qualitativi; tuttavia possono mancare di precisione, perché i genitori ricordano maggiormente eventi (come il pagare una visita) rispetto a un accesso a un pediatra che non comporta oneri economici diretti, soprattutto quando questo accade per certificazioni o patologie banali.

CONCLUSIONI

I numeri riportati indicano che l'accesso alle cure primarie del pediatra di famiglia è elevato, e il suo tempo scarso, anche perché i tempi tecnici di visita di un bambino sono maggiori di quelli di un adulto, in special modo se è nei primi 3 anni di vita (e questi nella nostra casistica sono il 29% degli accessi), cui va aggiunto ulteriore tempo per prepararlo alla visita.

A fronte di questo impegno il lavoro non sembra efficiente ed efficace dal punto di vista degli organizzatori sanitari, perché i ricoveri aumentano, gli accessi al PS sono ritenuti sempre elevati (circa 1/20 di quelli del pediatra di famiglia) ecc. I motivi possono ricadere in parte sulla categoria dei pediatri di famiglia (difficoltà di preparazione culturale, di motivazione al lavoro, assenza di controlli e VRQ, aggiornamento in pratica facoltativo, scarsa pratica di gruppo), ma in parte determinante ricadono sul contesto del circostante SSN e sulla società.

Si è già parlato altrove di riduzione dei tempi di latenza tra insorgenza del sintomo e ricorso al medico¹², abbassamento della "soglia di sopportazione" all'aumento dell'offerta di servizi gratuiti¹³, svalutazione e scarso rispetto delle prestazioni non direttamente retribuite¹⁴, "istinto di conservazione" degli operato-

ri in un Paese in cui i bambini sono pochi e i genitori tremano a ogni "stormir di fronde"¹⁵; aggiungiamo assenza di educazione sanitaria e disorganizzazione delle Aziende Sanitarie, che mai hanno puntato su prevenzione e territorio, e mass-media che giocano sugli aspetti emotivi e contribuiscono a rendere più delicata la responsabilità del medico: si ottiene così un contesto che è indispensabile modificare, con il concorso di tutte le componenti.

Altrimenti gli sforzi della sola componente pediatrica difficilmente riusciranno a ottenere una maggiore efficacia ed efficienza del servizio¹⁶.

Bibliografia

1. Biasini GC: *Epidemiologia e futuro della pediatria in Italia. Il pediatra italiano: vademecum*. Hippocrates Edit, 1998.
2. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di libera scelta. DPR 613/93.
3. Buzzetti R, Venturelli L: Pediatria di base a Bergamo. *Medico e Bambino* 10, 30-3, 1988.
4. Brivio L: Tre anni di pediatria di famiglia: un tentativo di autovalutazione. *Medico e Bambino* 5, 301-9, 1998.
5. Pierattelli M, Milanesi A, Bettucci E: La pediatria di base nell'area fiorentina: una indagine sulla soddisfazione degli utenti pensata e realizzata dall'ACP Toscana. *Medico e Bambino* 3, 166-72, 1998.
6. Milanesi A, Pierattelli M: La pediatria di base nella provincia di Firenze: una indagine dell'ACP Toscana sul gradimento del pediatra. *Il Medico Pediatra* 5, 6-7, 1993.
7. Stocco L, Alessandrini G, Baruchello M: Visite domiciliari: un'analisi di VRQ. *Medico e Bambino* 7, 22-8, 1994.
8. Schievano P, Drago S: Attività del Pediatra di base Comunicazione del Congresso Nazionale SIP, Verona, sett. 1993.
9. Coppola G, Giuliano M, Sassi R: La visita domiciliare: uso e abuso. *Medico e Bambino* 2, 106-9, 1997.
10. APREF: *La soddisfazione dell'utente per il servizio di Pediatria di Famiglia nel Veneto*. G. Battagin Editore, 1994.
11. Pineschi R: L'altra faccia della luna (Editoriale). *Medico e Bambino* 4, 7-8, 1993.
12. Biasini GC: Che cosa è cambiato in 10 anni: i problemi dei bambini. *Medico e Bambino* (Suppl.1), 12-5, 1993.
13. Dirindin N: *Lo sviluppo dell'economia in Italia negli ultimi anni: dalla teoria alla pratica. Rapporto Sanità '97*. Società Editrice Il Mulino.
14. Quadri S, Bert S: L'importanza delle apparenze. *SIMG* 11, 60-6, 1991.
15. Volpi R: *Figli d'Italia*. La Nuova Italia Editore, 1996.
16. Calia V: L'assistenza pediatrica in Italia. *Medico e Bambino* 4, 239-45, 1998.