

L'urgenza pediatrica: i bisogni e le aspettative dell'utente

STEFANO DEL TORSO¹, RENZA GRANZON¹, CARLO MORETTI², LIVIANA DA DALT²

¹Associazione per la Ricerca e Formazione in Pediatria (APREF), Padova

²Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Un'analisi di 9 pediatri su 385 famiglie sugli accessi in Pronto Soccorso pediatrico in una realtà urbana con alto indice di utilizzo, in parte inappropriato, dell'emergenza. Un fenomeno conosciuto, su cui si discute, alla luce di alcuni modelli organizzativi relativamente nuovi che la Pediatria di famiglia cerca di offrire a se stessa e all'utenza: associazionismo, continuità assistenziale, maggiore educazione delle famiglie. L'occasione per valutarne la resa sul campo; l'occasione per allargare i confini interpretativi del fenomeno, leggendo l'editoriale che accompagna l'articolo.

Negli ultimi trent'anni in tutti i Paesi industrializzati si è osservato un progressivo incremento degli accessi in Pronto Soccorso (PS) sia generale che pediatrico. Questo fenomeno è stato inizialmente studiato nella popolazione nordamericana^{1,4}, ma recentemente è oggetto di studio in tutta Europa e anche in Italia^{5,9}.

Un'analisi del problema, condotta nel corso dell'ultimo anno nella regione Veneto, ha evidenziato che il tasso annuo di accesso al PS pediatrico risulta pari a 240/1000 residenti 0-14 anni; ciò significa che un bambino ogni 4 viene condotto al PS pediatrico almeno una volta all'anno, il che, rapportato a tutta la popolazione del Veneto (600.000 soggetti in età pediatrica residenti), ci fa calcolare un numero di accessi per tutta la regione di quasi 150.000 bambini per anno. Questo tasso elevato è il risultato di un incremento degli accessi che negli ultimi anni è avvenuto su tutto il territorio nazionale sia a livello di PS istituzionalizzati, come quelli di grandi Ospedali quali Padova, Genova e Trieste, ma anche in PS pediatrici funzionali all'interno di Unità Operative di Pediatria, come quella di Melegnano^{6,7,10}. In tutte le esperienze riportate l'accesso al PS pediatrico è, in circa il 90% dei casi, spontaneo, senza che sia stato interpellato il pediatra di

PEDIATRIC PRIMARY CARE AND EMERGENCY: PATIENT'S PARENT'S NEEDS AND EXPECTATIONS (Medico e Bambino 21, 182-185, 2002)

Key words

Pediatric primary care, Emergency department

Summary

Emergency department utilization has been increasing worldwide in recent years: in the city of Padova the access rate to paediatric emergency department has been 240/1000, 0-14 year population. A "consumer" survey was carried out by 9 practicing paediatrician among 385 families, in collaboration with the University of Padova Pediatric Department. The aim was to evaluate parents' needs and expectations with regard to emergency department utilization patterns, also in order to plan possible educational and organizational interventions inside and outside the hospital. In about 2/3 of cases children were brought to emergency department without previous contact with the paediatric practitioner, mainly due to problems occurring in out-of-office hours and days together with perceived urgency. Improved access and continuity of care, to be achieved mainly through extension of paediatric group practices, appears as the most effective strategy to reduce the inappropriate use of the emergency department.

famiglia (PdF) o altre figure territoriali.

Questo crescente ed elevato utilizzo del PS apre il problema dell'appropriatezza degli accessi, che in molti casi sembrano dovuti a problemi differibili, legati a un'urgenza non vera, ma percepita come tale da parte del genitore.

Dai pochi dati della letteratura l'appropriatezza degli accessi oscilla tra il 20% e il 70%^{6,11-13}, ma i criteri di valutazione sono spesso discutibili perché generalmente lasciati al giudizio soggettivo dei singoli medici, con una concordanza tra operatori nella definizione dell'urgenza che è del 50%¹⁴.

Forse più utili al proposito sono i dati che ci vengono dai PS pediatrici in cui è attivo un sistema di triage, cioè di attribuzione di un punteggio di gravità al paziente secondo dei criteri predefiniti, con una gravità che decresce dal rosso al giallo, al verde, al bianco: i codici rossi (pericolo immediato di vita), i codici gialli (pericolo potenziale di vita) e i codici verdi (non pericolo di vita ma presenza di sintomi che richiedono un rapido inquadramento). Le vere urgenze costituiscono il 44% degli accessi, mentre più di un bambino su due viene inquadrato come codice bianco, perché

il problema è considerato differibile e può essere valutato anche in un contesto extraospedaliero^{9,15}.

Le ragioni di questo fenomeno sono oggetto di studio negli Stati Uniti, dove i fattori maggiormente determinanti l'elevato utilizzo del PS sembrano essere il basso livello socioeconomico e la residenza in aree urbane dove l'accesso al PS è più facile, ma anche lo scarso accesso alle cure primarie e la malattia cronica di base^{16,19}.

Questi dati non sembrano assolutamente estensibili alla nostra realtà, sia per la diversa organizzazione del Sistema Sanitario, che vede una assistenza pediatrica di base garantita a oltre l'80% della popolazione, sia perché si ha la sensazione che la popolazione che accede ai nostri PS abbia caratteristiche culturali e socioeconomiche sovrapponibili a quelle della popolazione generale²⁰. Alla luce di queste considerazioni e delle carenze conoscitive che riguardano il fenomeno si è voluto intraprendere uno studio osservazionale rispondente ai seguenti obiettivi: a) analizzare le motivazioni con cui i genitori conducono il loro bambino al PS, le loro aspettative nell'utilizzo del servizio e il gradimento delle prestazioni ricevute; b) valutare l'intervento del PdF nel motivare l'accesso; c) analizzare il parere dei genitori su forme diverse e complementari all'assistenza in singolo offerte dalla Pediatria di famiglia.

MATERIALI E METODI

Un questionario da somministrare ai genitori è stato stilato in collaborazione tra il Dipartimento di Pediatria, la Fondazione "Salus Pueri" e l'Associazione per la Ricerca e Formazione in Pediatria (APREF) di Padova.

Il questionario, costituito da 32 domande, è stato sviluppato in 5 sezioni diverse:

□ una prima sezione, dal titolo «Le chiediamo alcune informazioni per conoscerla meglio», in cui venivano rilevate le caratteristiche sociodemografiche della persona che compilava il questionario, con particolare riferimento a sesso, età, professione e titolo di studio, USL di residenza;

□ una seconda sezione, dal titolo «... a questo punto alcune notizie relative al suo bambino», che rilevava le caratteristiche del bambino con riferimento a sesso, età, numerosità delle visite ricevute dal PdF negli

ultimi 6 mesi, eventuali recenti accessi al PS, con indicazione della sede, nonché delle motivazioni sia dell'utilizzo che del non utilizzo del PS stesso;

□ una terza sezione, dal titolo «Di recente lei è stato al Pronto Soccorso con il suo bambino...», doveva essere compilata solo se il bambino era stato di recente condotto in PS, e richiedeva: il tempo intercorso dall'ultima visita in PS, l'eventuale contatto con il PdF; le aspettative ed esito di tale contatto;

□ la quarta parte, dal titolo «Al Pronto Soccorso con il suo bambino...», sottolineava l'eventuale esperienza della famiglia con il PS secondo le seguenti prospettive: aspettative dell'andata in PS, sintomi presentati dal bambino e loro durata prima della richiesta di visita, eventuale esperienza precedente con lo stesso problema. Vi era inoltre una sezione indirizzata a valutare il gradimento delle prestazioni ricevute. Infine veniva chiesto se ai genitori fosse stata consegnata una lettera per il curante in cui il pediatra del PS riportava i motivi della visita, i risultati di eventuali accertamenti, la diagnosi finale e i provvedimenti conseguenti; e, da ultimo, se nei giorni seguenti alla visita in PS i genitori avessero contattato il PdF per informarlo di quanto accaduto;

□ l'ultima sezione, dal titolo «Altre informazioni relative al suo pediatra...», riguardava invece la conoscenza o meno da parte della famiglia dell'esistenza di possibili forme diverse e complementari all'assistenza in singolo offerte dalla PdF, anche come alternativa al PS nella risposta all'urgenza.

In quest'ultima parte era possibile esprimere delle opinioni libere sul questionario e sull'organizzazione dei Servizi.

La somministrazione del questionario è avvenuta nei mesi di luglio, settembre e ottobre, in giorni fissi (lunedì o il venerdì).

I questionari venivano consegnati in busta chiusa personalmente dal PdF che forniva un'adeguata spiegazione e invitava alla compilazione. La busta conteneva una lettera di presentazione su carta intestata della Fondazione "Salus Pueri", era preaffrancata e indirizzata alla stessa per la restituzione, per sottolineare l'indipendenza dell'inchiesta e favorire l'autonomia dei genitori nei confronti sia del PdF che del PS.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Sono stati consegnati ai pediatri 500 questionari, di cui 480 effettivamente distribuiti ai genitori.

I pediatri partecipanti allo studio sono stati nove. Le loro modalità di lavoro erano le seguenti: attività indipendente e autonoma: 3 pediatri; organizzazione in "Pediatria di gruppo": 4 pediatri; or-

ganizzazione in "Associazione": 2 pediatri.

Dei questionari distribuiti 385 sono stati restituiti compilati (percentuale di risposta pari all'80%).

La popolazione studiata è di fatto selezionata perché composta di soli genitori di bambini assistiti dal PdF e che, frequentemente, portano il loro piccolo a visita; basti pensare che 1 su 4 circa lo ha fatto, negli ultimi sei mesi, circa una volta al mese. Va però anche detto che il campionamento è risultato casuale, avendo coinvolto tutti i genitori recatisi in ambulatorio, senza prenotazione, in giorni prestabiliti e uguali per tutti i pediatri partecipanti allo studio.

I genitori intervistati hanno un'età relativamente giovane (età media di 36 aa) e un livello di istruzione prevalentemente medio-alto, più elevato rispetto a quello medio della popolazione della stessa fascia di età residente in Regione: circa 3/4 degli intervistati è in possesso di un diploma di scuola media superiore o di laurea.

L'utilizzo del Pronto Soccorso

L'utilizzo del PS da parte della popolazione studiata sembra essere molto alto, avendo 1 su 2 dei genitori intervistati dichiarato di avervi recentemente condotto il proprio bambino. La formulazione della domanda specifica, tuttavia, valutata a posteriori, lasciava troppo spazio all'interpretazione personale su questa informazione (quel "recente" non richiedeva nessuna ulteriore precisazione temporale).

Il livello di istruzione dei genitori non sembra influenzare il ricorso al PS, con un piccolo cluster di maggiore accesso rilevato nel caso in cui la mamma sia una libera professionista, con motivazioni facilmente intuibili (orario di lavoro, accesso ai servizi più facilmente disponibili).

I bambini che sono stati condotti in PS sono prevalentemente molto piccoli (il 50% ha meno di 4 anni e il 33% meno di 2), e questo risponde a un atteso relativo sia alle visite presso gli ambulatori dei PdF che in PS Pediatrico. Nell'esperienza del PS Pediatrico di Padova, ad esempio, il 40% dei pazienti ha un'età inferiore o uguale a 2 anni, e il 70% inferiore o uguale a 5 anni^{21,22}.

Una distribuzione dell'età di questo tipo influenza i sintomi e le patologie per cui viene richiesta la consulenza al pediatra del PS, e può rendere ragione di un diverso grado di preoccupazione e percezione della gravità da parte del genitore, soprattutto se di fronte a un bambino piccolo o al primo figlio.

I problemi clinici

Di fatto ciò che è emerso in questo lavoro è che i problemi per cui i bambini sono stati condotti al PS sono molto vari, e spesso "ragionevolmente" non urgenti; sembrano però nel complesso prevalere problemi "mediamente" più appropriati rispetto a quelli che giustificano gli accessi al PS pediatrico nella popolazione generale. Merita infatti notare come il 25% sia rappresentato dai traumi, spesso accidentali, non sempre gravi ma spesso meritevoli di valutazione in urgenza, e il 20% da sintomatologia dolorosa per la quale considerazioni analoghe possono essere fatte.

Le motivazioni dell'accesso, il PdF, le possibili soluzioni

I genitori che hanno risposto al questionario motivano l'accesso con la necessità di ottenere la risposta a un problema ritenuto urgente in tempi rapidi (80% circa), tenendo presente che 1 su 4 accede al PS entro 6 ore dall'insorgenza della sintomatologia.

Il 78% dei 196 genitori dei bambini "recentemente" condotti al PS vi si era recato da più di un mese rispetto alla data di compilazione del questionario.

Alla domanda «Ha preso contatto con il suo pediatra prima di andare in Pronto Soccorso?» 147 genitori (75%) rispondono di non averlo fatto

Il PdF non è rintracciabile per due motivi dichiarati:

1. Perché non è giorno di ambulatorio: risposta data dal 33% dei genitori, il che corrisponde alla percentuale di accessi al PS registrato nel fine settimana;
2. Perché non è orario di visita: 50% dei genitori, percentuale questa più elevata rispetto ai soli accessi notturni, che nel PS Pediatrico di Padova sono circa il 30% del totale. E chi contatta il curante (solo il 20%) dopo aver ricevuto un consiglio telefonico si reca lo stesso in PS.

Il desiderio di risolvere il più in fret-

ta possibile il problema può essere messo in relazione al grado di preoccupazione che i genitori hanno di fronte alla malattia dei figli. Da uno studio condotto sui genitori di 300 bambini giunti progressivamente al PS di Padova nel 1993²⁰, il grado di preoccupazione, espresso con un punteggio da 0 a 7, risultava essere su livelli più alti rispetto alla percezione di gravità della malattia del figlio, misurata con lo stesso metro.

Il perché di tanta preoccupazione va ricercato nei cambiamenti ai quali è andata incontro la nostra società, con strutture familiari più deboli per mancanza di figure parentali a cui delegare i problemi, con minor tolleranza alla malattia, con le false paure prodotte dai mass media e, al contrario, con la scarsa informazione sulla individuazione e sulla gestione dell'urgenza²³.

Da tutto questo emerge la necessità di educare le famiglie, fornendo informazioni corrette su che cos'è un'urgenza, come va gestita e come devono essere correttamente utilizzati i servizi¹⁰. Sappiamo però che gli interventi educativi danno risultati solo in tempi lunghi, richiedono un impegno di risorse elevato, e faticano a mantenersi se non adeguatamente sostenuti²⁴.

La continuità assistenziale è un requisito indispensabile, che può essere ottenuto per gradi, cominciando con l'associazionismo e la Pediatria di Gruppo, previsti dall'attuale Convenzione, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale²⁵⁻²⁹. A questo scopo sono necessari alcuni requisiti di partenza: la possibilità per i PdF di un accesso telefonico diretto al Responsabile del PS tramite una linea dedicata, per poter comunicare informazioni essenziali sul paziente che viene inviato al PS; la possibilità del pediatra del PS di contattare i pediatri avendo a disposizione orari di ambulatori, numeri telefonici diretti e anche riservati, per discutere insieme della gestione del caso; la programmazione di un percorso formativo comune con gestione del programma di aggiornamento analizzando i reciproci bisogni formativi.

In conclusione è auspicabile che il contatto tra il medico del PS e il PdF, in casi che necessitano di un vero approfondimento diagnostico, possa di-

mostrare ai genitori la presenza di collaborazione tra i Servizi in una vera continuità assistenziale³⁰. Questo è quanto accade nella nostra esperienza in quanto la quasi totalità dei bambini riceve, al momento della dimissione, una lettera per il curante; inoltre spesso il PdF viene spesso in seguito contattato, a dimostrazione del fatto che la venuta in PS può non interrompere la continuità assistenziale sul bambino³¹.

Emerge ancora dal nostro lavoro, una buona soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi ricevuti, sia a livello di PS sia di PdF. Non stupisce che le insoddisfazioni maggiori riguardino per il PS i tempi di attesa e per la Pediatria di famiglia la scarsa disponibilità alla visita domiciliare³².

Nell'ipotesi in cui il pediatra collabori con un altro collega, condividendo lo stesso ambulatorio, il 61% del campione intervistato ha risposto che se il bambino presentasse un problema urgente, in un orario in cui il proprio pediatra non fosse in ambulatorio, sarebbe disponibile a portarlo nell'ambulatorio del pediatra associato; il 22% cercherebbe comunque il curante, il 5% esigerebbe dal pediatra associato una visita domiciliare, e solo il 12% andrebbe comunque in PS senza perdere tempo.

Alla domanda «Se la Pediatria di Gruppo, intesa come un gruppo di Pediatri organizzato in modo tale da tenere aperto l'ambulatorio continuativamente per molte ore al giorno, possa essere una alternativa al PS» l'80% ha risposto di sì. Quel 20% che ha risposto in modo negativo, motiva la propria risposta sostenendo che il PS è più attrezzato e specializzato (46%), è disponibile 24 ore su 24 (27%), permette di eseguire esami e terapie (8%) e, se necessario, di ricoverare il bambino (9%). Tutti questi motivi, come caratteristiche intrinseche del servizio di PS, sono adottati dal restante 8% degli intervistati.

I PdF conoscono meglio il bambino (31%), l'assistenza da essi fornita è migliore e più personalizzata (27%), e così facendo non si sovraccarica il PS con problemi non urgenti (26%), evitando code e affollamenti (14%): queste sono le motivazioni della maggioranza che ritiene che la Pediatria di gruppo possa essere un'alternativa al PS.

Da questa ricerca emerge la necessità che la PdF si organizzi in nuove modalità di lavoro, per lo meno durante i giorni feriali, laddove è possibile garantire una maggiore continuità assistenziale, permettendo di riaffidare al territorio almeno una parte dei bisogni dell'urgenza, ridando poi al PdF una funzione di filtro sugli accessi al PS. Questo filtro anche tuttora, dove esistente, si rileva efficace nel migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo del PS, raddoppiando il numero dei pazienti inviati rispetto a quelli che accedono spontaneamente. Nei pazienti inviati in PS dal PdF, la percentuale di ricovero aumenta di quasi tre volte, a indicare una buona predittività dei casi più gravi.

CONCLUSIONI

La risposta da parte dell'utenza al questionario è risultata ottima, grazie anche alla collaborazione dei PdF fin dalla fase progettuale. È stato confermato l'elevato utilizzo del PS Pediatrico anche da parte dei bambini regolarmente assistiti dal PdF. Le motivazioni dell'accesso al PS risiedono nell'urgenza percepita del problema e nella ne-

cessità di una rapida soluzione dello stesso. La maggior parte degli accessi in PS avviene in maniera spontanea senza contatto con il PdF perché non disponibile o per giorno o per orario di ambulatorio. Il gradimento delle prestazioni ricevute in PS è buono, e il recarvisi sembra non interrompere la continuità delle cure. Sia l'analisi dei flussi al PS che le aspettative dell'utenza fanno emergere la necessità di un'organizzazione "più moderna" della PdF, volta a garantire una migliore continuità assistenziale. Emerge anche la necessità di educare le famiglie sul significato dell'urgenza, sulla prima gestione dei problemi a domicilio e sull'utilizzo corretto dei servizi.

Si ringraziano i PdF dell'APREF R. Bussi, F. Denes, S. Drago, L. Lovison, R. Luchelli, A.M. Pavan, F. Pisetta e M.P. Sidra, la Fondazione "Salus Pueri" e la dott.ssa Paola Gobber del Dipartimento di Pediatria di Padova per l'elaborazione dei dati.

Bibliografia

- Krauss BS, Harakal T, Fleisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1991;7:67-71.
- Nelson DS, Walsh K, Fleisher GR. Spectrum and frequency of pediatric illness presenting to a general community hospital emergency department. *Pediatrics* 1992;90:5-10.
- Astulfony A, Casati A, Pedrali M, Bergonzi F. Riflessioni sull'attività di Pronto Soccorso Pediatrico. *Medico e Bambino* 1993;1:36-9.
- Zimmerman DR, Allegra JR, Cody RP. The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments. *Pediatr Emerg Care* 1998;14:112-5.
- Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatr* 1999;6 Suppl 2:454-6.
- Pizzul MG, Canciani G, Messi G, et al. Valutazione del ricorso al Pronto Soccorso Pediatrico: 10 anni dopo. *Minerva Pediatr* 1992;44:469-75.
- Del Buono S, Tramalloni R, Di Rocco P, et al. Il Pronto Soccorso Medico-Chirurgico del Galsini. Aspetti organizzativi e funzionali. *Minerva Pediatr* 1992;44:153-7.
- Di Pietro P, Giardina A, Piccotti E. La Pediatria di urgenza in Italia. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 2000;26:366-9.
- Di Pietro P, Giardina A., Magnani M, Piccotti E. Codici rossi in Pediatria. *Riv Ital Pediatr* 2000;26:584-7.
- Gargantini G, Castelli L. Integrazione fra ospedale e territorio per la razionalizzazione degli accessi in Pronto Soccorso. *Riv Ital Pediatr* 2000;26:683-6.
- Oberlander TF, Pless IB, Dougherty GE. Advice seeking and appropriate use of a pediatric emergency department. *AJDC* 1993;147:863-7.
- Glotzer D, Sager A, Socolar D, Weitzman

- M. Prior approval in the pediatric emergency room. *Pediatrics* 1991;88:674-80.
- Berns SD, Linakis JG, Lewander WJ, Alario AJ, Oh W. Appropriate use of a pediatric emergency department: is the pediatrician called before the visit? *Pediatr Emerg Care* 1994;10:13-7.
- Foldes SS, Fischer LR, Kaminsky K. What is an emergency? The judgments of two physicians. *Ann Emerg Med* 1994;23:833-40.
- Piccotti E, Cardoni G, Palazzo A. Triage Pediatrico in Pronto Soccorso: aspetti generali. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 1999;25:782-4.
- Yamamoto LG, Zimmerman KR, Butts RJ, et al. Characteristics of frequent pediatric emergency department users. *Pediatr Emerg Care* 1995;11:340-6.
- Kini NM, Strait RT. Nonurgent use of the pediatric emergency department during the day. *Pediatr Emerg Care* 1998;14:19-21.
- Halfon N, Newacheck PW, Wood DL, Peter RF. Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics* 1996;98:28-34.
- Chande VT, Krug SE, Warm EF. Pediatric emergency department utilization habits: a consumer survey. *Pediatr Emerg Care* 1996;12:27-30.
- Moretti C. Il Pronto Soccorso Pediatrico: attività e dinamiche. Tesi di Specializzazione in Pediatria. Padova, 1994.
- Da Dalt L, Moretti C, Marchesini L, et al. Analisi dell'attività di un Pronto Soccorso Pediatrico. *Riv Ital Pediatr* 1994;20/S-2: 115-6.
- Alessandrini GL, Barachino A. Epidemiologia dell'accesso del bambino al pediatra di famiglia. *Medico e Bambino* 1999;8:497-502.
- Angeloni S. Il concetto di urgenza pediatrica nelle aspettative dei cittadini. Attualità: Atti "Il sistema di emergenza pediatrica alle soglie del 2000"; Bologna, marzo 1998:87-8.
- Chande VT, Wyss N, Exum V. Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:525-8.
- del Torso S, Bussi R, Dewitt TG. L'assistenza pediatrica di base in Italia: diciotto anni di assistenza clinica, ricerca e formazione nel Servizio Sanitario Nazionale. *Pediatrics* 1997;99:1-6.
- Piccotti E, Di Pietro P. La continuità assistenziale in pediatria: il medico di pronto soccorso. Il Pronto Soccorso Pediatrico: evoluzione e attualità di un servizio. In: Atti "Il Pronto Soccorso Pediatrico e l'emergenza". Numana, 2000;41-4.
- Grugnetti M. La continuità assistenziale in pediatria: il pediatra di base. Il Pronto Soccorso Pediatrico: evoluzione e attualità di un servizio. In: Atti "Il Pronto Soccorso Pediatrico e l'emergenza". Numana, 2000;45-7.
- Venturelli L, Caso G. L'organizzazione dell'attività del pediatra di famiglia. *Medico e Bambino* 2001;20:5:305-11.
- ACN per la Pediatria di Libera Scelta. DPR2772,28.7.2000 G.U 230 supp 165/2
- del Torso S, Meneghelli G. Il Pediatra di Famiglia, il Pronto Soccorso, le urgenze pediatriche. In: Atti "Giornate pediatriche d'inverno". Madonna di Campiglio, 6-13 febbraio 2000;195-99.
- Vivier PM, Lewander WJ, Block SH, et al. Is continuity of care preserved in children who utilize the pediatric emergency department? *Pediatrics* 1995;95:37-41.
- Burstein J, Fleisher GR. Complaints and compliments in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1991;7:138-40.

MESSAGGI CHIAVE

Cosa conosciamo sull'argomento

- Il ricorso al PS sembra essere un fenomeno in aumento, in modo spesso inappropriato, spesso senza consultazione del pediatra di famiglia
- Le motivazioni sono poco conosciute e le soluzioni proposte al momento poco operative.

Cosa aggiunge questo lavoro

- La necessità di un'organizzazione "più moderna" della Pediatria di famiglia volta a garantire una vera continuità assistenziale sembra essere uno strumento "gradito" in linea teorica dalla famiglia, in quanto in grado di far fronte alla possibile "emergenza".
- Si rende necessaria una verifica sul campo dell'impatto dei nuovi modelli organizzativi proposti e della resa di strumenti e pratiche di educazione della famiglia sui problemi di più comune ricorso alla struttura di P.S.