



TERRITORIO/ Aumentano le forme associative tra i medici dei bambini: circa il 10% dei

Pediatria di gruppo: cresce la

Centri aperti in media 7 ore: il 65% usa un'infermiera o una segretaria

L'INTERVENTO

Un modello di punta per un'assistenza mirata

DI GIANNI CASO *

La pediatria di gruppo (più pediatri di famiglia operanti in una sede comune) nasce da una esigenza culturale: rompere l'isolamento umano e professionale e condividere il progetto di assistenza al bambino. E infatti il II Congresso nazionale Apeg (Associazione pediatri in gruppo) ha ribadito l'importanza del team, del confronto tra pari sul piano professionale e umano, come presupposto per una migliore assistenza al bambino e alla famiglia: questa si sente più sicura se è assistita da un pediatra che può confrontarsi coi colleghi in caso di dubbio diagnostico o che in caso di necessità può essere sostituito da un altro membro del team, senza cambiare per questo abitudini nell'accesso al servizio.

Il congresso ha anche toccato aspetti diversi dell'organizzazione del lavoro, intesa non come sterile esercizio di efficienza, ma come strumento per migliorare l'assistenza al bambino:

- La delega di mansioni abitualmente svolte dal pediatra a personale di studio (segretariale e/o infermieristico, a seconda dei casi) consente di aumentare, diversificare e migliorare l'offerta di servizi e di ottimizzare le risorse intellettuali e di tempo del pediatra a favore

Ci si concentra sui bisogni più seri

- I cronici ed emergenti (disagio).
- L'informatizzazione (i pediatri in gruppo sono quasi tutti computerizzati e in gran parte in rete), facilita le funzioni di office automation (agenda appuntamenti, schedula di controlli di materiali di consumo e strumentazione, stampa di ricette e certificati ecc.), il monitoraggio e la verifica del processo (passaggio di consegne, registrazione delle telefonate, controllo delle prestazioni svolte dal personale), ma soprattutto la disponibilità e la condivisione delle informazioni cliniche sul paziente, nel rispetto della privacy.

- Il ricorso a test diagnostici di rapida esecuzione ("self-help") è più agevole negli studi di gruppo, dove è spesso il personale paramedico, opportunamente addestrato, a eseguirli. La diagnosi non risulta più accurata e tempestiva, soprattutto in caso di urgenza, concorrendo a limitare il ricorso improprio a consulenze specialistiche, pronto soccorso e ricoveri.

- Molti gruppi di pediatri fanno riferimento, in caso di bisogno, a specialisti di fiducia collegati funzionalmente e fisicamente alla sede del gruppo. Ne risentono positivamente la formazione del pediatra e il percorso assistenziale della famiglia, che apprezza la stretta interazione tra il consulente e il proprio pediatra. Nel 2003 l'Abacus (ora TNS-Infratest) ha realizzato, su commissione di Apeg e Adr (Analisi delle Dinamiche di Relazione), 1.500 interviste ad altrettante famiglie italiane. I risultati, presentati a Roma, hanno dimostrato che i genitori apprezzano il pediatra di famiglia. Apprezzano ancor di più i pediatri di gruppo, sia per aspetti organizzativi come la più prolungata apertura al pubblico dello studio, ma soprattutto per le qualità relazionali, favorite anche dal minor carico di incombenze burocratiche o comunque delegabili. Ovviamente non mancano gli aspetti critici, che spiegano la parziale, anche se crescente, diffusione di questo modulo. E cioè:

- La scarsa disponibilità, il costo elevato, le difficoltà di assunzione (acute dalle recenti normative sul rapporto di lavoro) del personale infermieristico.

- Le cartelle cliniche informatizzate attuali, che utilizzano standard diversi, obbligando chi si mette in gruppo a faticosi e spesso non indolori trasferimenti di dati.

- Anche gli stessi elementi vincenti della PdG (sede unica, team) contribuiscono a limitarne la fattibilità: la difficoltà di condividere un'esperienza umana e professionale, di abbandonare i propri studi in favore della sede unica, di realizzarla in contesti decentrati e dispersi, fanno della "PdG" un modello non facilmente e ovunque replicabile. Per questo Apeg ritiene che la pediatria di gruppo deve essere considerata come il modello di punta di un nuovo modo di assistere il bambino, in cui a essa si affianchino alternative come l'associazione tra pediatri che mantengono le rispettive sedi e interagiscono però strettamente grazie a un'efficiente rete telematica, o il team costituito da pediatra singolo e personale di studio.

* Presidente Associazione pediatri in gruppo

Avanza a passi da gigante la pediatria di gruppo. Se nel 2000 riguardava circa il 5% dei medici che assistono i "piccoli pazienti", gli ultimi dati (relativi al 2002 per una decina di Regioni) mostrano una crescita costante, almeno del doppio (8-10 per cento). Con punte molto più alte in alcune Regioni, come l'Emilia Romagna e la Lombardia (13%) e il Lazio con ben il 20% dei pediatri "associati" in un solo studio.

Insomma, cominciano a sbocciare un po' ovunque questi team di camici bianchi, sulla scia di quanto già accade per i medici di famiglia, anche se per alcune realtà locali (Basilicata, Trentino e Val d'Aosta) le esperienze sono ancora piuttosto limitate, se non completamente assenti.

A fare il punto sullo stato dell'arte di questa forma associativa ancora innovativa per il nostro Paese è stata l'Apeg, l'Associazione pediatri in gruppo nata nel 2002, riunita nei giorni scorsi a Roma. Che tra l'altro ha presentato anche un'indagine molto dettagliata - condotta dall'Abacus su 1.500 famiglie - nella quale si promuove quasi a pieni voti la qualità dell'assistenza fornita dai pediatri, specialmente se associati in gruppo (vedi articolo nella stessa pagina).

Una conferma della bontà del modello italiano che - secondo il presidente dell'Apeg, Gianni Caso - «sembra che voglia essere messo in discussione da recenti orientamenti».

Il recente successo della pediatria di gruppo in Italia sembra ricalcare alcune esperienze già piuttosto affermate all'estero. Come in Inghilterra, dove la pratica di gruppo è molto diffusa tra i "general practitioners" (ben l'89% la utilizza). In altri Paesi europei la pediatria

| I vantaggi |
|--|
| ● Superamento dell'isolamento |
| ● Valutazione collegiale dell'attività |
| ● Soddisfazione dell'utenza per accesso, disponibilità di medico e infermiera, servizi |
| ● Più tempo per formazione e ricerca |
| ● Agevolazioni per il tutoraggio |
| ● Agevolazioni per il self-help |
| ● Miglior qualità della vita |
| ● Riduzione del carico burocratico |
| ● Riduzione del carico telefonico |

Fonte: Apeg

| Possibili mansioni |
|--|
| Segretariali |
| ● Gestione logistica dello studio (apertura, chiusura, controllo e gestione materiali, contatti con fornitori ecc.) |
| ● Ricezione delle telefonate, limitatamente a compiti di tipo segretariale (appuntamenti, richieste certificati o ricette) |
| ● Accoglienza in studio e gestione al suo interno dell'utenza |
| ● Informazione dell'utenza |
| ● Aggiornamento dati clinici del paziente |
| ● Smaltimento del carico burocratico |
| ● Raccolta dati per indagini epidemiologiche e ricerca |

Fonte: Apeg

fa, invece, spesso parte con altri specialisti di ambulatori polispecialistici. Ma quali sono i benefici? «Il gruppo - spiega la ricerca presentata dall'Apeg - è un

elemento di per sé fondamentale, sia perché migliora il vissuto umano e lavorativo dei pediatri e ne migliora la professionalità attraverso il continuo confronto tra pari, sia perché fornisce all'utenza un punto di riferimento costante».

In più i dati di alcune realtà locali dimostrano come la presenza della pediatria di gruppo produce effetti "vantaggiosi" per gli ospedali riducendo gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri.

L'identikit del team pediatrico. Prevalgono ancora i gruppi di 2 pediatri (circa il 56%), mentre quelli superiori a 4 sono ancora pochi. Una differenza questa che si fa sentire anche su orari di apertura dello studio comune e servizi

offerti. I gruppi garantiscono, comunque, un'apertura media giornaliera dello studio al pubblico di 7 ore. Viene garantita una risposta telefonica diretta all'utenza (cioè da personale qualificato, non mediata da segretarie) in media per 7 ore al giorno. La delega al personale collaboratore di studio di funzioni segretariali (ricezione, certificazione, gestione amministrativa dello studio, gestione degli appuntamenti ecc.) e sanitarie ("self-help", consulenza telefonica di primo livello, educazione alla salute ecc.) consente di ampliare e migliorare l'offerta di servizi e di «sggravare - avverte la ricerca Apeg - il medico di incombenza a favore dei bisogni speciali (cronico) o nascosti (psicosociale)». Secondo l'ultimo censimento, il 65% dei gruppi utilizzava almeno un collaboratore di studio, in prevalenza con mansioni segretariali; l'8% impiegava solo l'infermiera e il 5% insieme infermiera e segretaria. Questa presenza di personale di studio consente una più prolungata apertura al pubblico dello stu-

Per i genitori è un punto fermo

Le pagelle delle famiglie

Mamme soddisfatte, ma si chiede più disponibilità

Pediatri di famiglia italiani promossi a pieni voti dai genitori. Soprattutto se lavorano in gruppo, offrono orari più lunghi, segreteria e personale infermieristico. Premiato anche il rapporto di fiducia che il medico instaura con la famiglia, specie al Sud e nelle Isole.

È quanto emerge da un'indagine su 1.500 famiglie italiane condotta dall'Abacus per l'Associazione pediatri in gruppo (Apeg). Secondo l'indagine, però, a offuscare il quadro "idilliaco" restano alcune ombre. I genitori puntano il dito contro tempi d'attesa troppo lunghi in studio e contro la scarsa disponibilità all'assistenza domiciliare. Elementi ritenuti dalle mamme meno importanti, comunque, rispetto ad altri "pregi" del pediatra, come «farsi capire bene, mettere a proprio agio il genitore, ascoltarlo, essergli vicino con consigli in caso di consulenza specialistica o ricovero ospedaliero, offrire consulenze telefoniche adeguate e un orario di apertura adatto alle mie esigenze».

| Le priorità | Il confronto | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Val. medi per importanza | | Val. medi per soddisfazione | |
| | Campione pediatri | Campione pediatri in gruppo | Campione pediatri | Campione pediatri in gruppo |
| Farsi capire bene | 9,62 | 9,75 (***) | 8,75 | 9,17 (***) |
| Fornire spiegazioni esaurienti | 9,48 | 9,57 | 8,62 | 9,06 (***) |
| Essere soddisfatto del suo lavoro | 9,37 | 9,57 (***) | 8,42 | 8,95 (***) |
| Essere bene informato sul mio bambino | 9,46 | 9,56 (*) | 8,53 | 8,84 (***) |
| Essere disponibile per le urgenze | 9,31 | 9,38 | 8,47 | 8,81 (***) |
| Venire a casa quando è necessario | 9,34 | 9,37 | 8,33 | 8,80 (***) |
| Mettere a proprio agio il genitore | 9,26 | 9,36 (*) | 8,59 | 8,77 (*) |
| Dedicare tempo adeguato alla visita | 9,27 | 9,34 | 8,50 | 8,73 (**) |
| Prestare ascolto al genitore | 9,10 | 9,25 (**) | 8,05 | 8,66 (***) |
| Creare un clima amichevole | 8,99 | 9,05 | 7,98 | 8,60 (***) |
| Essere vicino con consigli in caso di ricovero in ospedale | 8,76 | 9,04 (***) | 7,74 | 8,53 (***) |
| Essere vicino con consigli in caso di consulenza specialistica | 8,77 | 8,99 (***) | 7,90 | 8,43 (***) |
| Consulenze telefoniche adeguate | 8,51 | 8,91 (***) | 7,86 | 8,20 (**) |
| Orario di apertura adatto alle mie esigenze | 8,26 | 8,51 (***) | 7,48 | 7,33 |

Legenda: 1 = minima importanza; 10 = massima importanza
 (***) Significatività al 99%; (**) significatività al 95%; (*) significatività al 90%

Fonte: Abacus

Esaminando meglio le pagelle si scopre che il pediatra di famiglia riceve un voto superiore a 8 (8,24, per la

precisione). Ma il voto sale a 8,67 nel caso dei pediatri in gruppo. Particolarmente soddisfatti i genitori del Sud

e delle Isole, che riservano al pediatra un lusinghiero 8,36 (i pediatri in gruppo arrivano a 8,95).

camici bianchi ha deciso di aprire uno studio con uno o più colleghi febbre delle cure in team

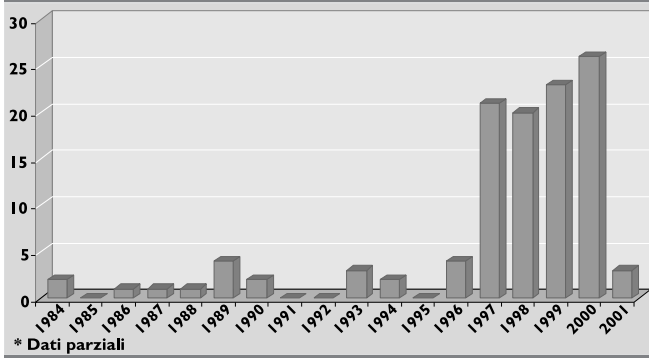
L'assistenza taglia ricoveri e accessi al pronto soccorso

degli assistenti

Infermieristiche

- Consulenza telefonica di primo livello, con funzione di filtro e triage telefonico
- Esecuzione di terapie (aerosolterapia, medicazioni, rimozione punti, terapia parenterale ecc.)
- Esecuzione di manovre diagnostiche rapide (self-help)
- Educazione sanitaria
- Consulenza per problematiche di puericultura
- Aiuto al pediatra durante la visita

L'aumento progressivo



dio (8,47 ore medie al giorno a fronte di 6,34 ore dei gruppi senza personale) e un più facile ricorso a "self-help" complesso. Quest'ultimo è «uno strumento potente - avverte ancora la ricerca - per migliorare l'accuratezza della diagnosi e limitare il ricorso al secondo livello, al pronto soccorso o ai ricoveri». I gruppi più facilmente ricorrono al "self-help", perché possono condividere i costi delle apparecchiature e sfruttare l'organizzazione del gruppo e la presenza del personale collaboratore di studio per eseguirlo.

In più, l'86% dei pediatri in gruppo (ben al di sopra della media degli altri pediatri) è informatizzato e il 47% risulta collegato in rete locale. Previsto anche il ricorso a "specialisti di fiducia". «Il loro inserimento - spiegano dall'Apeg - in un contesto fisicamente e funzionalmente centrato sul gruppo consente di perfezio-

nare all'interno di esso gran parte del percorso di secondo livello del paziente, di limitarne il ricorso, di fornire all'Asl un punto di riferimento assistenziale forte e meglio valutabile, di amplificare il valore formativo del gruppo grazie al contributo di competenze specialistiche più approfondite».

Un taglio ai ricoveri. L'Apeg ha recentemente effettuato due indagini su due realtà locali: quella di Cantù e quella di Reggio Emilia. Nel primo caso sono stati messi a confronto gli accessi al pronto soccorso nei giorni feriali e festivi tra gli assistiti seguiti dai pediatri di gruppo e i restanti. Per i pazienti assistiti dai medici non associati è risultata una evidente riduzione dei ricoveri e degli accessi all'emergenza. A Reggio Emilia è stato fatto il confronto, per ciò che riguarda gli accessi al pronto soccorso delle quattro pediatrie

del gruppo locale, tra prima e dopo la formazione del gruppo (avvenuta nel 1997). La valutazione è stata fatta separatamente per gli accessi in orario di servizio dei pediatri e fuori dall'orario (notti infrasettimanali e prefestivi-festivi). Nel primo caso l'entrata nel gruppo ha fin dall'inizio comportato una diminuzione degli accessi al pronto soccorso. Questa riduzione si è mantenuta nel tempo, mentre per gli altri pediatri della zona gli accessi aumentavano costantemente da un anno all'altro. Gli accessi al pronto soccorso al di fuori dell'orario di servizio subivano, invece, inizialmente un incremento, «probabilmente da attribuirsi spiega l'Apeg - a un certo disorientamento dell'utenza di fronte al cambiamento del modulo». Poi, però, anche questi cominciavano a diminuire, anche qui in modo costante, «sempre a fronte di un aumento altrettanto regolare per gli altri pediatri».

Marzio Bartoloni

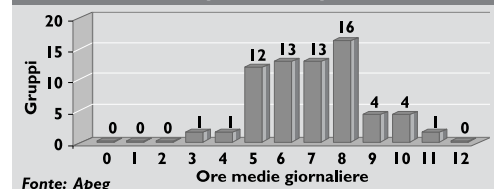
La distribuzione regionale

| Regione | N. totale pediatri di famiglia | % pediatri in gruppo |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Valle d'Aosta (*) | 15 | 0,0 |
| Piemonte (*) | 413 | 2,1 |
| Lombardia (*) | 956 | 6,7 |
| Veneto (*) | 381 | 7,3 |
| Trentino Alto Adige (*) | 93 | 4,2 |
| Friuli Venezia Giulia (*) | 101 | 3,0 |
| Liguria (*) | 169 | 6,5 |
| Emilia Romagna (*) | 495 | 10,7 |
| Toscana (*) | 378 | 11,8 |
| Marche | 168 | 12,5 |
| Umbria | 103 | 9,8 |
| Lazio (*) | 718 | circa 20,0 |
| Abruzzo | 200 | 2,5 |
| Molise | 36 | 19,4 |
| Campania | 900 | 2,5 |
| Basilicata | 71 | 0,0 |
| Puglia | 650 | 4,9 |
| Calabria (*) | 296 | 9,7 |
| Sicilia | 860 | 10,8 |
| Sardegna (*) | 230 | 8,8 |

(*) Dati al 2002; i restanti sono al 2000

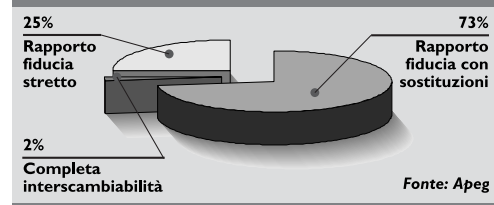
Fonte: Apeg

Orari di apertura al pubblico



Fonte: Apeg

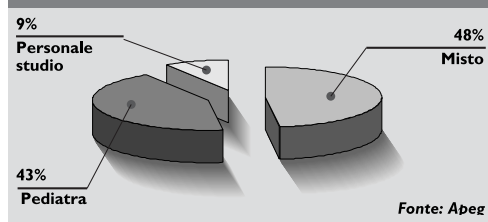
Il modulo assistenziale



Fonte: Apeg

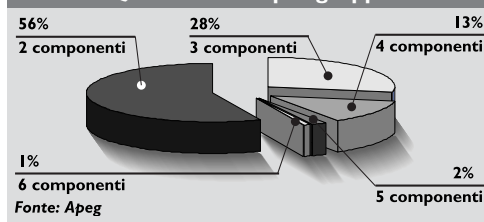
Sempre disponibili specialisti di fiducia

Il filtro telefonico



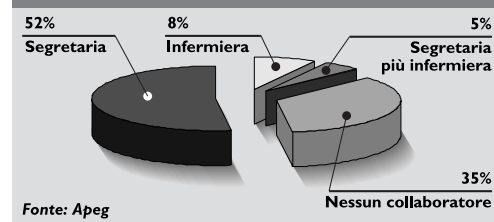
Fonte: Apeg

Quanti dottori per gruppo



Fonte: Apeg

I collaboratori



Fonte: Apeg

Il rapporto con l'ospedale presentato alla Commissione parlamentare per l'infanzia

Troppa corsia e troppo poco a misura di baby

Sono circa 1 milione i bambini ricoverati ogni anno negli ospedali italiani e ben tre su dieci sono accolti fuori dalle aree pediatriche, finendo spesso nei reparti per adulti e vivendo la degenza «in maniera molto più traumatica». A lanciare l'allarme - già fatto proprio nei mesi scorsi dal ministero della Salute nel rapporto sull'Ospedalizzazione pediatrica - sono stati i pediatri e i ricercatori che la scorsa settimana hanno partecipato all'incontro "La salute vien giocando: l'accoglienza del bambino in ospedale, promosso dalla Commissione parlamentare per l'infanzia e dal Comitato Dash Missione Bontà.

«Moltissimi bambini - ha sottolineato il pediatra e componente della Commissione, **Alessandro De Francisci** - ancora oggi sono ricoverati in reparti non specificamente pediatrici,

tanto che il 30% dei piccoli con malattie infettive è ricoverato, appunto, nei reparti per adulti».

Da qui la necessità di potenziare le aree di pediatria, ma anche di pensare a un nuovo approccio per l'accoglienza dei bambini in ospedale al fine di rendere meno traumatica questa esperienza. Dolore, noia e solitudine sono in nemici più temuti dai piccoli pazienti. Un obiettivo da raggiungere anche attraverso un diverso coinvolgimento di medici e infermieri, che dovrebbero rapportarsi con i più piccoli - è l'invito di psicologi e ricercatori, in maniera «più diretta, umana e soprattutto parlando di più e spiegando le situazioni in prima battuta proprio ai piccoli pazienti».

Un problema, quello di garantire la

migliore accoglienza possibile al bambino in ospedale, oggi sempre più sentito. Con oltre un milione di ricoveri l'anno, l'Italia si piazza al di sopra delle medie degli altri Paesi europei e non solo. I tassi di ospedalizzazione, secondo gli ultimi dati, variano molto a seconda delle fasce di età: nel primo anno di vita, i bimbi ricoverati sono 547 per 1.000; tra il secondo e il quinto anno, il tasso è 111 ogni 1.000 piccoli; dal sesto al diciottesimo anno, invece, il tasso di ospedalizzazione si attesta su 70 ogni 1.000.

La situazione, però, è ben diversa negli altri Paesi: in Gran Bretagna e Spagna, a esempio, i valori sono di 50-60 bambini ricoverati ogni 1.000 nella fascia 0-14 anni, ma negli Stati Uniti il tasso di ricoveri (per l'età 0-15

anni) è inferiore a 40 ogni 1.000.

Il trend di ospedalizzazione nel nostro Paese, comunque, è sceso in 3 anni (dal 1998 al 2001) del 2,5 per cento. A saltare all'occhio, inoltre, sono anche le differenze regionali: il Friuli Venezia Giulia, a esempio, è la Regione con il tasso di ricoveri più basso (78 su 1.000), la Liguria con quello più alto (182 su 1.000), mentre 485 sono le strutture ospedaliere dedicate alla pediatria su tutto il territorio nazionale, per un totale di oltre 9.000 posti letto.

«La questione dei ricoveri è decisamente da affrontare - ha spiegato **Giuseppe Saggese**, presidente della Società italiana di pediatria - poichè in molti casi il ricovero non è davvero necessario, mentre in questo modo si

priva il bambino di un diritto importante, quello cioè di essere curato e assistito nella propria casa».

Intanto, i bambini chiedono ospedali più allegri e colorati che facciano meno paura e divise divertenti per medici e infermieri. È quanto emerge dall'indagine del Cnr "Desideri e timori del bambino in ospedale", condotta su 2.791 bambini ricoverati in 110 fra ospedali e reparti pediatrici su tutto il territorio nazionale.

Se il maggiore spauracchio restano le iniezioni e le pratiche mediche dolorose, i piccoli pazienti chiedono anche più allegria, possibilità di giocare e di non sentirsi soli. Il medico, poi, è spesso visto come un «nemico», anche se i bambini si dimostrano coscienti dell'importanza delle cure.