

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VIII

Giugno 2005

numero 6

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Le urgenze non urgenti in pediatria ambulatoriale: ovvero l'acuto banale è davvero banale?

Giuseppe Gregori, Roberto Sacchetti, Patrizia Armani, Paola Balduzzi, Roberto Boccellini, Daniela Chitti, Maria Pia Libè, Lucia Suzzani, Fatma Touchi, Laura Zanolli, Antonio Improta*

*Pediatr di famiglia AUSL Piacenza *Pediatra di famiglia AUSL I Napoli*

Indirizzo per corrispondenza: g.greg@agonet.it

False emergencies in paediatric practice

Key words: False health emergencies, Psychosocial problems

Abstract In order to understand the burden of false health emergencies, ten paediatricians monitored their own patients (overall 9000 children living in Piacenza aged between 0-14 yrs) for six consecutive days, pointing out all false emergencies occurring between 15/10/2003 and 15/11/2003. All paediatricians were able to recognize false emergencies. However they often employed drugs without proved effectiveness relating to this problem. Neither antibiotics were employed nor exams were prescribed. False health emergencies occurred more often in psychosocial needy families. The results of this survey suggest that paediatricians need more theoretical and practical knowledge about psychosocial problems and that the network of welfare institutions needs improvement in order to support health paediatric services.

INTRODUZIONE

L'attività del Pediatra di famiglia (PdF) è per molti aspetti cambiata rispetto a circa 25 anni fa, epoca durante la quale si costituì l'assistenza pediatrica di base accanto a quella del medico di medicina generale: mentre il tempo dedicato alla cura di alcune patologie infettive si è ridotto (basti pensare alle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni come l'MPR), un ruolo sempre maggiore ricoprono la prevenzione (vaccinazioni, incidenti, obesità, carie, ambliopia, etc.), la gestione domiciliare di alcune patologie croniche (asma, etc.) e dei disturbi del comportamento e il disagio psico-sociale¹.

Uno dei motivi di maggior disaccordo tra gli operatori sanitari e i cittadini rimane l'improprio uso di risorse (in termini di strumenti e personale) che la domanda di salute richiede a fronte di un'offerta che ha comunque dei limiti.

Ne sono un esempio gli accessi sempre più numerosi al Pronto Soccorso (PS) o la richiesta impropria di alcune

indagini strumentali che portano a liste d'attesa talvolta insostenibili^{2,3}. Anche nell'ambito della PdF uno dei problemi che rende difficile a volte la gestione della routine del lavoro e talvolta conflittuale il rapporto tra medico e paziente, è la richiesta di una consulenza ritenuta urgente. Se in alcune situazioni il carattere di urgenza percepito dall'utenza ha ragionevoli giustificazioni (febbre elevata, vomito, sintomatologie dolorose) altre volte tale urgenza non emerge né dai sintomi né dai segni presenti e la richiesta appare differibile, se non inutile da parte dell'operatore sanitario. Per tale situazione è stato utilizzato il termine di "acuto banale" (AB) utilizzato per la prima volta da Nuzzo⁴. Nell'ambito di una collaborazione consolidata e di scambi culturali tra colleghi PdF di realtà geograficamente lontane come Piacenza e Napoli, nell'estate 2003 è stata elaborata in comune una scheda che potesse analizzare nel modo più completo possibile il problema dell'AB. Tale scheda è stata successivamente proposta in occasione di un'assemblea di PdF di Piacenza i quali, dopo averla discussa e condivisa, hanno deciso di utilizzarla nell'autunno del medesimo anno.

Scopo principale dei dati raccolti è stato quello di valutare quale impatto abbia nel lavoro del PdF il problema dell'AB in termini quantitativi e qualitativi cercando di vagliarne le cause più profonde.

PAZIENTI E METODI

Dieci dei 13 PdF operanti nel comune di Piacenza (circa 100.000 abitanti) hanno condotto un'indagine sul problema "acuto banale" mediante rilevamento di dati anamnestici e clinici e relazionali tramite 2 schede.

La prima scheda (da compilare una sola volta per ciascun medico) ha avuto lo scopo di raccogliere i dati relativi all'attività dei pediatri (dati anagrafici, dati relativi allo studio medico, alle modalità di ricevimento delle richieste, alle modalità di visita in ambulatorio ecc.). La seconda scheda, da compilare per ciascun caso etichettato come "acuto banale", ha raccolto sostanzialmente dati di 3 tipi:

a) relativi al problema (sintomo o segno o situazione) segnalato come acuto (all'eventualità di segnalazioni precedenti per il medesimo quadro o per altri comunque sempre riconducibili all'AB, ecc)

b) relativi alle modalità con le quali il pediatra ha affrontato l'AB sia in occasione del primo contatto che delle valutazioni successive (telefonicamente, tramite visita ambulatoriale o domiciliare, tempo dedicato in minuti per ogni contatto, terapie o esami prescritti, osservazione a distanza fino ad almeno 3 mesi successivi)

c) relativi al contesto socio-familiare di riferimento (famiglia monoparentale, genitori anziani o giovanissimi, lutti, separazioni, disoccupazione, familiarità per problemi psichiatrici

ci) utilizzando una griglia di rilevamento e dando anche la possibilità di risposte aperte.

Con il termine “ACUTO BANALE” si è considerata una o più delle seguenti condizioni⁴:

- Sintomo o segno o situazione per cui è richiesto un intervento in urgenza:

a- che non riveste alcun carattere d’urgenza in termini di tempo e di impegno di figure specifiche con competenze mediche

b- che può essere semplicemente osservato nel tempo per almeno 12-24 ore

c- che può essere trattato dalla famiglia (terapia comportamentale, automedicazione)

d- che riguarda condizioni non attinenti la nostra professione

Criterio di esclusione era qualunque sintomo o segno documentato dal pediatra (tramite visita o valutazione anamnestica) che fosse in grado di modificare la qualità di vita del paziente o che rappresentasse effettivamente un possibile segno di malattia (febbre $>38^{\circ}\text{C}$, vomito, etc).

Il giudizio conclusivo di AB era autonomamente assunto da ciascun PdF partecipante allo studio.

L’indagine è stata condotta per 6 gg lavorativi consecutivi tra il 15/10 e il 15/11 del 2003 lasciando libero ciascun PdF di decidere il giorno d’inizio del rilevamento.

I PdF partecipanti allo studio erano 3 maschi e 7 femmine (range d’età di 36-50 aa). La metà lavorava in associazione e utilizzava la segreteria telefonica. Tutti i PdF visitavano per appuntamento e 6/10 anche con sistema misto (alcune fasce orarie libere). Sette PdF su 10 dichiaravano una reperibilità telefonica di 12 ore. Tutti erano dotati di materiale per il self-help nel proprio ambulatorio.

La popolazione di bambini seguita complessivamente dai 10 PdF è di circa 9000 bambini (0-14 anni), corrispondente a circa il 75% della popolazione pediatrica del territorio di riferimento (12.000 bambini).

RISULTATI

Al termine del periodo di rilevamento 107 sono state le schede completate e quindi considerate utili per l’analisi (60 femmine e 47 maschi, età media 4.5 anni).

Nella *Tabella 1* sono riportate alcune osservazioni relative alla modalità della richiesta.

Richiesta/modalità		
Richieste totali	107	
Richieste telefoniche	46	
Richieste ambulatoriali	61	
Richiesta simile < 30 gg	56/107	
Richiesta simile 30-90 gg prima	48/107	
Richiesta abituale di acuto banale	25/107	
Richiesta effettuata dalla madre	85	
Richiesta effettuata dal padre	15	In 6 casi insieme alla madre
Richiesta effettuata dalla nonna	6	In 2 casi insieme alla madre
Richiesta effettuata dalla baby-sitter	1	

Nella *Tabella 2* sono elencati i motivi per i quali è stata richiesta la consulenza/visita urgente (22 tipi diversi).

Motivo della richiesta	
Ha sempre la tosse	24
Ha sempre il raffreddore/naso chiuso	17
Mangia poco/non mangia	9
Ha il mal di pancia	9
È agitato/nervoso/iperattivo	5
Non dorme/si sveglia spesso	5
Ha sempre la febbre	5
Soffre di stipsi	5
Cresce poco	4
Ha la gola rossa	4
Ha vomito/nausea	3
Ha una “ghiandola”	3
Macchie sulla pelle	3

Mal di testa	2
Occhi rossi	2
Senza voce	1
Feci verdi	1
Epistassi	1
Cammina male	1
Dolore alla spalla	1
Perdita incisivi superiori (non traumatica)	1
Non vuole andare a scuola	1

Molto spesso al primo contatto telefonico o ambulatoriale è stata proposta una terapia.

In 41/107 è stata di tipo farmacologico mentre in 57/107 è stata di tipo comportamentale:

- Il 29% dei casi non ha ricevuto alcun tipo di terapia
- Il 22% dei casi ha ricevuto solo terapia farmacologica
- Il 32% dei casi ha ricevuto solo terapia comportamentale
- Il 17% dei casi ha ricevuto terapia combinata
- 1 visita ambulatoriale su 2 termina con la prescrizione di un farmaco
- 1 telefonata su 4 termina con la prescrizione di un farmaco

Nella *Tabella 3* sono elencati i farmaci prescritti.

Farmaci prescritti	41
Polivitaminici	9
Aereosolterapia antinfiammatoria/fluidificante	7
Mucolitici	5
Decongestionanti nasali	5
Soluzione fisiologica	5
Paracetamolo	4
Fermenti lattici	3
Procinetici	2
Lattulosio	2

Occorre segnalare che solo il 12% dei pezzi prescritti appartiene alla fascia A del nostro prontuario nazionale. L'impiego di questi prodotti tradotto su base annua in riferimento all'AB si aggira attorno a 200 pezzi/medico.

Le richieste evase immediatamente sono state 42/107 di cui 12/46 di quelle telefoniche e 30/61 di quelle con accesso diretto ambulatoriale.

Evoluzione della richiesta telefonica per AB

- 1 su 2 comporta una rivalutazione ambulatoriale
- 1 su 4 viene evasa immediatamente
- 1 su 4 comporta una nuova rivalutazione telefonica

- 1 su 15 comporta una valutazione domiciliare

Le rivalutazioni avvengono generalmente entro le 24 ore successive al 1° contatto.

Evoluzione della visita ambulatoriale per AB

- 5 volte su 10 viene evasa immediatamente
- 4 su 10 richiede una rivalutazione ambulatoriale
- 1 su 10 richiede una rivalutazione telefonica

La rivalutazione avviene generalmente dopo almeno 72 ore dal primo controllo.

I casi di acuto banale hanno globalmente richiesto tra prima valutazione e successivi controlli a breve termine (nei casi ritenuti necessari) 107 visite ambulatoriali, 61 contatti telefonici e 3 visite domiciliari.

In 48 casi è stata ritenuta opportuna anche una valutazione a distanza.

Solo in un caso alla diagnosi iniziale di inappetenza si è sostituita quella di neutropenia. La bambina di 8 mesi dopo il primo contatto con il PdF, è stata valutata da un centro di 2° livello per sospetta IVU, non confermata: durante l'esecuzione di indagini di routine è emersa una neutropenia (<500 mm³) per altro asintomatica e risoltasi spontaneamente dopo il compimento dell'anno.

Il tempo che ciascun pediatra ha dedicato mediamente al problema acuto banale (telefonate, visite ambulatoriali e domiciliari effettuate a breve termine) è stato di 2.30 h/settimana.

Tale dato riportato ad un anno lavorativo, incluse 4 settimane di ferie, equivale a circa 120 ore di lavoro/anno/medico. Se considerassimo un orario lavorativo settimanale medio di 40 ore ne consegue che 1 PDF ogni 16 lavora esclusivamente sull'AB per l'intero anno.

Nella *Tabella 4* sono invece raccolti i dati di carattere socio-familiare più significativi.

I casi nei quali è stata rilevata una condizione di rischio sono stati 57: in alcuni di essi ricorrevano 2 fattori di rischio contemporaneamente.

Primogenito di età inferiore a 3 anni	17
Eventi stressanti familiari negli ultimi 12 mesi (lutto, separazione, nuova gravidanza)	8

Genitori entrambi lavoratori	6
Famiglia monoparentale	6
Figlio unico di genitori molto anziani (gap >45 anni per almeno un genitore)	3
Figlio unico di genitori giovani (gap <20 anni per almeno un genitore)	2
Altro figlio con patologia cronica	2
Famiglia senza appoggio parentale in caso di bisogno	2
Almeno un genitore con patologia cronica	1
Nonna con compiti gestionali familiari	1
Famiglia numerosa (>5 figli)	1
Disoccupazione materna	10
Disagio sociale	5
Familiarità per problemi psichiatrici	6
Pregresso problema psichico della figura genitoriale di riferimento	14
Totale	84

DISCUSSIONE

Alcune ricerche italiane hanno documentato il carico di lavoro dei PdF in termini di visite e consulenze telefoniche^{1,5,6}, ma nessuna di esse ha valutato il “peso” e le motivazioni che stanno alla base dell’urgenza “differibile” o inesistente.

Dal punto di vista della gestione organizzativa del carico di lavoro che origina dall’AB osserviamo che oltre il 50% dei casi si presenta direttamente in ambulatorio, pur in presenza di un’attività gestita prevalentemente per appuntamento.

In oltre la metà dei casi, dopo il primo contatto, risulta necessario una verifica in tempi brevi (72 ore) di tipo telefonico o diretto: se però il primo contatto è avvenuto in ambulatorio sembra più facile chiudere subito la pratica anche se aumenta nel contempo la possibilità di fare prescrizioni farmacologiche. Molto bassa appare la probabilità di una successiva visita domiciliare.

Dal punto di vista clinico l’AB appare ad una prima valutazione d’insieme un fardello di cui qualunque medico farebbe volentieri a meno: lo dovrebbe testimoniare l’elenco delle cause che hanno motivato la richiesta urgente, la mancata necessità di richiedere indagini supplementari e il mancato impiego di farmaci impegnativi come ad esempio gli antibiotici. La diagnosi iniziale si è modificata lungo il percorso solo in un caso su 107. Inoltre sembra davvero eccessivo il tempo dedicato a questi problemi.

È significativo il carico di prescrizione farmacologica che ne deriva (200 pezzi/anno) per altro solo in piccola quota a carico del SSN e soprattutto poco sostenibile da criteri ispirati all’EBM.

L’aspetto prescrittivo della nostra indagine non è stato ulteriormente approfondito (perché non era previsto né programmato nel disegno del nostro studio); tuttavia sembra ragionevole ipotizzare che la prescrizione sia in questi casi quasi sempre il compromesso tra l’esigenza del medico di chiudere il caso il più rapidamente possibile e la necessità di rassicurare la famiglia con un atto medico quale è la prescrizione di un farmaco. Questo atteggiamento diffuso e per molti considerato un peccato veniale sulla base dei farmaci impiegati

non rinforza l’immagine del PdF come figura istituzionale di educatore alla salute.

Comunque ad una lettura più attenta dei dati raccolti, emergono osservazioni che non ci attendevamo come ad esempio il dato che oltre il 50% delle volte, associata al problema “urgenza”, vi sia una situazione “ambientale” di rischio.

Certamente alcuni contesti sono ben noti a tutti come elemento ansiogeno, capace di stimolare richieste incongrue (primogenito di genitori molto anziani, presenza di malattia cronica in un familiare specie se trattasi di altro figlio, ecc). Appare altrettanto giustificato un legame tra richieste per presunte emergenze e situazioni psicologiche o psichiatriche degne di nota in ambito familiare: ciò che ci sembra inatteso è invece il numero di casi nei quali tali elementi appaiono presenti (quasi 1/5 della casistica).

I risultati si prestano a nostro avviso a varie considerazioni.

- L’AB rappresenta spesso una spia di problemi di corretta educazione alla salute. A chi spetta il compito dell’educazione sanitaria?

Sicuramente al medico curante (è anche uno dei suoi compiti in base a quanto previsto dall’ACN), ma in questo compito non può e non deve essere lasciato solo⁷.

Purtroppo il sistema dell’informazione che dovrebbe svolgere un ruolo altrettanto educativo spesso cade vittima del sensazionalismo, se non dello scandalo o dell’allarmismo contribuendo a creare una domanda incongrua nell’utenza.

Altri due attori importanti sugli aspetti educativi potrebbero essere il mondo della scuola, coinvolto però in modo volontaristico e sporadico sui temi dell’educazione sanitaria e quello delle Aziende Sanitarie Locali.

Queste ultime in particolare possono essere le nostre potenziali alleate, spinte anch’esse per molteplici motivi (ad es per risorse di personale limitate, per accessi incongrui al PS ecc) a tentare di governare ed orientare la domanda di salute in modo più razionale e non sull’onda dell’emotività. Un’occasione di collaborazione tra medici del territorio e ASL può essere proprio il terreno dell’educazione alla salute, mirata ad obiet-

tivi precisi ed elaborando strategie d'intervento comuni: un esempio concreto sono le campagne vaccinali antinfluenzali per gli anziani e i soggetti a rischio o la campagna di reclutamento dei soggetti in età pediatrica da sottoporre a vaccino MPR.

- L'AB rappresenta concettualmente un buon esercizio per il PdF che si trova da una parte ad evitare medicalizzazioni fuori luogo e dall'altra a non banalizzare problemi potenzialmente seri, spia di situazioni organiche o della sfera relazionale o (forse soprattutto) di un disagio sociale/familiare.

Il dato che alla fine ci sembra più significativo, ma che all'inizio del nostro studio non rientrava nei nostri obiettivi né nelle nostre ipotesi è in fondo questo: l'AB è spesso figlio di una famiglia problematica ed è quindi spesso la spia di problemi ben diversi e più radicati del sintomo per il quale è arrivata una richiesta di visita. Tutto ciò comporta verosimilmente un impegno di risorse maggiore di quanto richieda una qualsiasi patologia acuta gestita sul territorio.

Alla luce di queste considerazioni sembra difficile ipotizzare una sostanziosa contrazione del numero di richieste incongrue (alias AB) dell'utenza nel prossimo futuro.

Appare sempre più evidente il ruolo sociale che il PdF oggi è chiamato a svolgere nel rapporto con le famiglie, compito che molti PdF, all'inizio della loro attività sul territorio, non ipotizzavano di dover svolgere: alcuni PdF non si sentono disposti a svolgere questo ruolo "sociale", altri sono al contrario convinti di questa necessità ma spesso si muovono sulla base del loro buon senso e si sentono (o forse sono) inadeguati ai problemi che le famiglie pongono loro. Mentre sembra fuori discussione poter disporre di un tessuto socio-assistenziale sempre più potenziato e professionalmente preparato, rimane a nostro avviso aperto il dibattito sulla necessità di aggiungere ulteriori competenze di carattere psico-sociale alla preparazione del pediatra di famiglia. Chi è davvero in grado di offrire queste competenze: l'Università? Le scuole di specializzazione? I servizi di NPI? Con quali modalità?

Non abbiamo alcuna presunzione di trarre conclusioni ma semmai il nostro vuole essere un piccolo contributo, con l'aiuto dell'acuto banale, a ravvivare il dibattito su questo tema.

Bibliografia

- Alessandrini GL, Barachino A. Epidemiologia dell'accesso del bambino al pediatra di famiglia. *Medico e Bambino* 1999;18:497-502.
- Sharma V, Simon SD, Bakewell JM, Ellerbeck EF, Fox MH, Wallace DD. Factors influencing infant visits to emergency departments. *Pediatrics* 2000;106(5):1031-9.
- Ferrando A, Conforti G, Amoretti C. La continuità dell'assistenza al bambino. In press *Il Pensiero Scientifico Editore*.
- Nuzzo N. 2° congresso FIMP Napoli Maggio 2002 "L'acuto banale".
- Buzzetti R, Venturelli L. Pediatria di base a Bergamo. *Medico e Bambino* 1988;10:30-3.
- Coppola G, Giuliano M, Sassi R. La visita domiciliare: uso e abuso. *Medico e Bambino* 1997;2:106-109.

- Calia V. L'assistenza pediatrica in Italia. *Medico e Bambino* 1998;4:239-45.