

La gestione del bambino sano e malato

Guido Brusoni

Obiettivi:

- Conoscere la gestione delle visite domiciliari e ambulatoriali e i criteri da utilizzare per decidere di effettuare l'una o l'altra di fronte alle diverse patologie del bambino
- Saper organizzare il tempo da dedicare al telefono ed alle visite, tenendo conto delle variabili indotte dal contesto, dai genitori e dalle necessità del pediatra stesso

Da parte del pediatra di famiglia la gestione del bambino sano o malato non può prescindere dagli obblighi imposti dalla Convenzione.

L'articolo 31 dell'attuale Accordo Collettivo Nazionale (ACN) (DPR 272 del 28.07.2000) regola l'effettuazione delle visite ambulatoriali e domiciliari.

ART. 31 – Visite ambulatoriali e domiciliari

L'attività medica viene prestata presso lo studio del pediatra o a domicilio del paziente.

La visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria secondo la valutazione del pediatra, avuto riguardo alla non trasportabilità dell'ammalato, deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

L'attività ambulatoriale, da garantirsi comunque nell'arco dei cinque giorni settimanali, salvo i casi d'urgenza, viene di norma espletata attraverso un adeguato sistema di prenotazione.

A cura della Azienda tali norme sono portate a conoscenza degli assistibili.

Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma esegue le visite richieste entro le ore dieci dello stesso giorno.

Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare l'attività ambulatoriale per i pediatri che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

la richiesta di prestazione urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

L'articolo 31 fissa i criteri che sono stati concordati tra i pediatri di famiglia da una parte e le Regioni e il Ministero dall'altra per definire i comportamenti da onorare nell'ambito di un contratto di lavoro tra due parti. Non esclude perciò ogni altro obbligo di natura civile o penale, sia nei confronti dei propri assistiti che nei confronti di altri piccoli pazienti per i quali si richieda il nostro intervento pediatrico, in quanto ciò fa parte delle responsabilità civili, penali e deontologiche di ciascun medico.

L'articolo 31 dell'ACN è molto importante perché indica numerose linee di comportamento: "la gestione del bambino sano e malato si attua attraverso visite che possono essere sia ambulatoriali che domiciliari. La *visita domiciliare*:

- deve essere effettuata se ritenuta necessaria, secondo scienza e coscienza, da parte del pediatra (e non dei genitori)
- nella valutazione se effettuarla se effettuarla o no va tenuta presente la non trasportabilità dell'ammalato
- se la richiesta di visita domiciliare viene recepita entro le ore dieci deve essere effettuata in giornata

- se la richiesta di visita domiciliare viene recepita dopo le ore dieci può essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo
- durante il sabato e i giorni prefestivi si devono effettuare le visite la cui richiesta sia stata recepita entro le ore dieci

la *visita ambulatoriale*:

- viene effettuata per cinque giorni la settimana
- viene espletata di norma attraverso un adeguato sistema di prenotazione
- non viene effettuata il sabato, la domenica e i giorni prefestivi e festivi a meno che, in quest'ultimo caso, non sia svolta ordinariamente al mattino.

La *richiesta di prestazione urgente* recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

È molto utile considerare anche l'articolo 20 del DPR 272/2000, che fissa i requisiti e le modalità di apertura degli studi pediatrici e che ribadisce, tra l'altro, alcune regole contenute nell'articolo 31.

I punti fondamentali sono i seguenti:

- È necessario avere un "idoneo strumento di ricezione delle chiamate" (comma 2)
- "Lo studio professionale ... deve essere aperto agli aventi diritto per cinque giorni la settimana secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alla necessità degli assistibili iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza" (comma 5)
- L'orario in cui si attua l'attività ambulatoriale "deve essere esposto all'ingresso dello studio medico" (comma 6)
- "Le visite nello studio medico, salvo i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione" (comma 7)

Sono necessarie alcune considerazioni e commenti. E' impensabile, nel terzo millennio, che "l'idoneo strumento di ricezione delle chiamate" sia qualcosa di diverso dal telefono, fisso o cellulare. Attraverso il telefono è infatti possibile ricevere facilmente sia le prenotazioni per le visite ambulatoriali, sia le richieste per le visite domiciliari, magari tramite una segretaria, anche senza essere presenti in ambulatorio. L'orario di ambulatorio è determinato dal pediatra, ma deve anche essere tale da tener conto delle esigenze degli assistiti e garantire un buon livello di assistenza. Le visite ambulatoriali vengono effettuate tramite un sistema di prenotazione, ed esistono diversi modi per attuarlo. La maniera più semplice è fissare un orario per la visita ad ognuno dei pazienti o raggrupparli a due o tre, ad esempio ogni mezz'ora (lasciando in ogni caso alcuni spazi liberi per le urgenze). Oppure si può decidere di vederli in parte in prenotazione, in parte in libero accesso, fissando i rispettivi orari.

La gestione del telefono e delle visite

È evidente che le norme sopra riportate richiedono un'organizzazione dell'attività professionale del pediatra di famiglia che può essere molto diversa a seconda che egli lavori completamente da solo, in gruppo o in associazione, utilizzi una segretaria o un'infermiera, utilizzi il computer con programmi dedicati alla gestione dei pazienti, faccia ambulatorio sempre nello stesso studio o in più studi.

Poiché non è opportuno parlare al telefono mentre ci si trasferisce (e soprattutto quando si guida), mentre si visita e in particolari situazioni della vita familiare, sociale e personale, è necessario che ciascun pediatra, a seconda delle esigenze proprie e dell'utenza, fissi delle

fasce orarie in cui ricevere le telefonate, tenendo conto che esse determineranno l'andamento del suo lavoro nel corso dell'intera giornata.

È particolarmente utile conoscere fin dalle prime ore della giornata quante e con che distribuzione territoriale sono le visite domiciliari, in modo da poter organizzare un "percorso" per effettuarle con il minor dispendio di tempo e di risorse e da distribuirle compatibilmente con gli orari di ambulatorio. Per tutte queste considerazioni la fascia oraria più adatta per la ricezione delle telefonate (salvo le urgenze) è quella dalle ore 8 alle ore 10. Se il pediatra di famiglia lavora da solo in tali ore riceverà, oltre le richieste di informazione e di consulenza telefonica, anche le richieste per visite ambulatoriali, domiciliari, bilanci di salute, screening, ricette ripetitive, ecc.. Se può contare su una segretaria o un'infermiera, quest'ultima potrà essere incaricata, preferibilmente sempre nelle prime ore della mattina, di recepire le richieste di visita ambulatoriale, ecc., mentre il pediatra di famiglia si "limiterà" a ricevere (con un netto miglioramento della qualità della vita, anche se a fronte di un non piccolo onere economico) le richieste di visita domiciliare e di consigli di pertinenza medica.

Ovviamente perché i pazienti riescano a ben utilizzare l'uno o l'altro canale telefonico è necessario fornir loro una buona ed efficace informazione, sia orale che cartacea, e verificare che sia bene compresa, avendo cura nello stesso tempo di correggere con gentile fermezza un uso inappropriato del sistema organizzativo, ma anche di garantire una corretta offerta di disponibilità nei modi e nei tempi concordati. Occorre cioè fare un "patto" con i propri pazienti (che può essere costituito da una carta dei servizi che ogni pediatra costruisce in base alla realtà in cui opera ed alle abitudini organizzative) che va onorato e rispettato da pediatra e genitori.

Per quanto riguarda i tempi da destinare alle visite ambulatoriali all'atto della prenotazione, essi andranno da pochi minuti per un certificato o una ripetizione di ricetta a qualche minuto (10' - 15') per una malattia acuta banale o un suo controllo, a diversi minuti (20' - 30') per casi più complessi, a parecchi minuti (30' - 60') per una prima visita o problemi di tipo relazionale.

È evidente che ciascuno di noi ha i suoi modi per rapportarsi con gli altri, i suoi ritmi e, quindi, i suoi tempi; per questo non possono essere definitivamente standardizzati i tempi di visita, ma ciascuno imparerà presto a capire quali sono i suoi, in relazione anche al tipo di genitore più o meno apprensivo o ansioso che prevedrà di trovarsi di fronte.

Visita ambulatoriale o domiciliare?

Il primo contatto tra genitori e pediatra avviene nella stragrande maggioranza dei casi per telefono: talvolta la telefonata è sufficiente a chiudere il problema, ma spesso si rimanda ad un successivo contatto telefonico di verifica della situazione. Altre volte il contatto telefonico esita in una visita ambulatoriale o in una visita domiciliare.

Il prevalere delle consulenze telefoniche o delle visite domiciliari o ambulatoriali dipende da una serie infinita di variabili, alcune difficilmente oggettivabili, che attengono a ciascuno degli attori della situazione malattia: genitori, pediatra, bambini, ma anche al contesto socio economico e culturale ed alla situazione epidemiologica.

I *genitori* possono avere (o essere percepiti dal pediatra come dotati di) una maggiore o minore capacità di gestire un problema, di essere responsabili, possono essere più o meno affidabili in ciò che riferiscono o nelle capacità di comprendere e mettere in atto i suggerimenti forniti. Inoltre possono essere o no disposti ad accettare quello che viene proposto dal pediatra, possono non avere tempo libero per assistere i figli e dover dipendere da terzi che non sempre sono disponibili, possono non voler prendere ferie o non potersi assentare dal lavoro. Oppure essere angosciati da sensi di colpa per i troppi impegni di lavoro, o ancora non avere la disponibilità dell'auto (e in questi casi il problema diventa più sociale che sanitario).

Il *pediatra* può essere più o meno capace di instaurare una buona relazione con il paziente, un buon rapporto di fiducia, di credibilità e di autorevolezza anziché di conflittualità, può aver dedicato poco o tanto tempo all'educazione alla salute, alla spiegazione delle linee guida per i genitori, anche su argomenti riguardanti patologie banali o minori. Può avere ampie o scarse fasce di disponibilità per la risposta telefonica, per la presenza in ambulatorio (diretta o tramite i colleghi con cui è in gruppo o in associazione), può avere o no in ambulatorio la disponibilità di test rapidi e di metodiche di self help.

Il *bambino* può essere molto piccolo (sei mesi, un anno) o più grande, andare all'asilo, alla scuola materna o a quella dell'obbligo oppure non frequentare comunità, avere fratelli e sorelle o no, essere troppo spesso malato o ammalarsi eccezionalmente, avere una patologia cronica o no, ecc.

Il *contesto socio economico e culturale* in cui ci si trova ad operare può determinare abitudini e tradizioni diverse e nel tempo; con il cambiare delle generazioni, possono concretizzarsi diverse variazioni dei comportamenti; questi ultimi possono essere influenzati da episodi di cronaca (ad esempio episodi di meningiti o di morti in culla nella zona) oppure dai media (classica recentemente la corsa a vaccinare per MPR dopo una puntata di "ER" in cui un bambino moriva per morbillo).

La *situazione epidemiologica*, se conosciuta, può essere molto tranquillizzante per i genitori (se ne parla in TV, sui giornali, al negozio, "in classe ieri c'erano solo quattro bambini...", "ci siamo ammalati ormai quasi tutti in casa", ecc.) o limitante per la disponibilità del medico (quando si va in una famiglia per fare una visita nei periodi di epidemia influenzale spesso se ne fanno due o tre, in tali periodi non c'è abbastanza tempo per fare molte domiciliari per l'eccessivo carico di lavoro, nello stesso arco di tempo si può fare un numero maggiore di visite ambulatoriali che di domiciliari, in ambulatorio si può contare anche sul self help, ecc.).

Le diverse situazioni, di fronte allo stesso problema, potranno quindi generare risposte assistenziali diverse e da tutte queste variabili, miscelate assieme, deriverà una diversità di comportamenti difficilmente sovrapponibili, variabili di anno in anno, di medico in medico, da un'area geografica a un'altra.

La gestione del bambino sano e malato

L'attività del pediatra di famiglia si attua attraverso azioni professionali volte alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia e alla riabilitazione nei confronti sia del bambino sano, sia del bambino malato. Per il prevalere degli atti medici rivolti al bambino sano essa è una medicina che potremmo definire "della salute", rispetto a quella di tipo ospedaliero, più tipicamente rivolta "alla malattia". Il bambino sano viene di norma visitato in ambulatorio in occasione di visite di controllo. Dei risultati delle visite si deve prendere nota nel libretto del bambino e sul computer o sulla scheda cartacea del paziente.

Il bambino malato potrà essere visitato in ambulatorio o a domicilio, a seconda delle situazioni, e anche per lui si annoteranno diagnosi e terapia sia sul libretto personale, sia sulla scheda cartacea o sul computer del pediatra.

Non è infrequente che un bambino sia condotto presso lo studio del pediatra da genitori o nonni che abbiano già effettuato una diagnosi di patologia e che egli, al termine della visita, risulti invece perfettamente sano e malato solo nel loro immaginario (apprensivo? ansioso? iperprotettivo? patologico? da cattiva informazione? indotto da altri?). Sono i casi in cui il pediatra deve cercare, con grande tatto, di "difendere" il bambino facendo riflettere i genitori, dimostrando loro, con pazienza, che la loro ansia non ha ragione di esistere, che il bambino rientra nei parametri della normalità ed è in realtà sano. Può essere utile fornire una documentazione cartacea (es. curve di crescita) che i genitori possano esibire per

tranquillizzare con prove certe parenti e nonni (spesso causa iniziale di queste apprensioni) o tenere per la propria serenità.

Altre volte la percezione dei genitori è esattamente opposta: portano a controllo un bambino che essi ritengono sano ed invece è malato, non tanto per una patologia acuta agli esordi ed ancora asintomatica, situazione che ogni tanto può accadere, ma piuttosto, ad esempio, per patologie di tipo relazionale o per sovrappeso. L'eccesso ponderale è quasi sempre sottovalutato se non addirittura ignorato, per cui può capitare talvolta di sentirsi richiedere "una cura ricostituente e per l'appetito perché non mangia" per bambini che avrebbero bisogno di ridurre il proprio peso.

In tutti questi casi è molto importante soffermarsi nel colloquio per esplicitare ai genitori la reale situazione, dimostrare e documentare la deviazione dagli standard della normalità, convincerli a modificare il loro comportamento nei confronti del figlio e della sua salute.

La gestione del bambino sano avviene attraverso diversi tipi di visite che ormai hanno ritmato un programmato controllo longitudinale del bambino: i bilanci di salute, i test di prevenzione per patologie specifiche di vari organi e apparati (controlli di vista, udito, apparato muscolo scheletrico, dimorfismi della colonna, degli arti, dei piedi, della dentizione, sviluppo neuro psichico e sensoriale, ecc.), le visite di controllo ad età filtro, le visite per certificazioni, prime fra tutte quelle relative all'attività sportiva non agonistica, ecc.

Nel corso di tutte queste visite, oltre ad effettuare l'anamnesi e l'esame obiettivo, si controllano i parametri della crescita fisica (peso, altezza, circonferenze, ecc.) e di quella neuro psichica. Si forniscono informazioni e consigli sia tramite linee guida informative, di educazione alla salute, per patologie acute e croniche, per particolari problemi, sia tramite colloqui e chiarimenti su argomenti molto vari. I temi più frequentemente affrontati riguardano i consigli sullo sport da intraprendere, sullo sviluppo puberale e sessuale, sulla corretta nutrizione (soprattutto nel primo anno di vita, ma anche nelle età successive), sulle abitudini di vita, sui rischi relativi agli incidenti e all'ambiente, sui possibili problemi di tipo relazionale del bambino con i genitori, con gli insegnanti, con i coetanei con cui vive, a scuola o in ambito extra scolastico, sui problemi relazionali e comportamentali, ecc.

Particolare attenzione merita l'adolescente, cui vanno dedicati tempi e spazi adeguati, con appuntamenti in orari differenziati rispetto a quelli per i bambini più piccoli. L'adolescente deve avere la sicura sensazione di essere preso in considerazione direttamente, e quindi ascoltato e creduto, magari senza la presenza fisica dei genitori, se preferisce. Deve avere la possibilità di contattare direttamente ed anche in maniera riservata il pediatra, che dovrà assicurare, con la propria disponibilità, un punto di riferimento non paternalistico per le ansie, le angosce, i turbamenti, i dubbi e le negazioni tipiche di questa età.

La gestione del bambino malato avviene attraverso visite che meno frequentemente costituiscono un controllo longitudinale, come nel caso di patologie croniche o del "bambino sempre malato", ma più spesso sono rappresentate da visite episodiche per patologie acute, come malattie infettive, febbre, traumi, ecc., che non sempre richiedono una seconda visita di controllo.

Quando le condizioni di salute lo permettono la visita sarà preferibilmente ambulatoriale, con "corsia preferenziale per le urgenze" in caso di febbre e con l'utilizzo del self help diagnostico per una diagnosi più veloce, certa e definitiva e una terapia oggettivamente ragionata.

Il paziente con patologia cronica dovrà essere sottoposto a visite programmate, attivando l'Assistenza Domiciliare, se prevista, e necessita di contatti informativi e collaborativi con il centro di terzo livello di riferimento. Si dovranno destinare tempi di visita più lunghi quando si tratti di patologie psichiche (come autismo, ADHD, disturbi del comportamento, tics, ecc.) o disturbi del linguaggio. Anche in questi casi sono molto importanti e necessari i contatti con i centri di secondo e terzo livello di riferimento.

Nel corso di ogni tipo di visita, sia con il bambino sano che con quello malato, praticamente a tutte le età, ma in particolare in epoca pre adolescenziale, si dovrà contare molto sul “contatto diretto”, sul suo coinvolgimento disponibile, sulla visita vissuta come gioco e collaborazione, come momento di presa in considerazione personale.

Perciò sarà opportuno sentire anche il parere del piccolo paziente, interrogarlo direttamente, quando possibile, sui sintomi e sui problemi di cui soffre, raccogliere il suo “consenso informato” sulla necessità di intraprendere determinati iter diagnostici e specifiche terapie, soprattutto se dolorose e invasive.

La disponibilità del bambino a collaborare spesso stupirà perfino i genitori e sarà un prezioso aiuto per il pediatra.

Concetti chiave:

1. è necessario saper gestire il tempo e le risorse per organizzare la propria giornata professionale di pediatra di famiglia, ottimizzando l'uso del telefono e della segretaria
2. è necessario avere un reciproco corretto rapporto con i genitori dei bambini ed effettuare una buona educazione alla salute per gestire nel modo migliore le visite ambulatoriali e domiciliari
3. è necessario saper gestire le visite al bambino sano e malato avendo come obiettivo la sua maggiore beneficenza rispetto al nostro comportamento e alle nostre decisioni, che dovrebbero essere condivise, oltre che dai genitori, anche dallo stesso bambino.