

LA VISITA DOMICILIARE

Il senso ed il valore della pratica della visita domiciliare nelle malattie acute alla luce delle evidenze scientifiche e dello stato dell'arte.

di Vincenzo Nuzzo

1) E' vero che il paziente con malattia acuta febbrile non possa essere brevemente esposto?

Non esiste alcuna evidenza scientifica che sostenga il timore che il soggetto con malattia acuta febbrile, esposto brevemente all'ambiente extradomestico (es. per trasporto in auto in altro ambiente), possa aggravarsi. Presso altre culture (Paesi nord-europei, paesi cioè con un clima sicuramente più rigido del nostro) bambini con temperatura febbrile anche elevata vengono trasportati dai genitori in bicicletta o con mezzi pubblici all'ambulatorio del pediatra.

Consultando qualsiasi trattato di patologia medica o di pediatria non si troverà alcuna indicazione che contrasti con la possibilità di esporre brevemente il soggetto all'ambiente extradomestico.

Il problema nasce, probabilmente, dall'equivoco indotto dalla definizione di "malattie da raffreddamento", definizione riferita a condizioni patologiche favorite dall'esposizione al freddo, che a sua volta vanno intese ovviamente come esposizione prolungata di un soggetto non sufficientemente coperto.

2) E' vero che la malattia acuta febbrile rappresenti un'urgenza medica o una grave patologia?

Ovviamente no! Alleghiamo al proposito il materiale messo a disposizione dei pazienti da autorevoli agenzie culturali nordamericane ed abstract che parlano espressamente di "parental fever fobia".

In essi viene tematizzato il fenomeno diffuso dell'irrazionale paura della febbre e ne vengono discussi specificamente la chiara inconsistenza e l'erroneità delle cognizioni ed emozioni legate all'evento febbrile.

3) La visita domiciliare rappresenta una pratica assistenziale codificata e razionale nel mondo?

La risposta è no! Solo in Italia!

Reperire dati specifici sul tema è molto difficile in quanto il concetto stesso di visita domiciliare per malattia acuta febbrile è praticamente sconosciuto in tutte le altre culture in cui esista un sistema assistenziale pubblico o privato.

Comunque dai pochi dati reperiti risulta chiaramente che:

≈ la visita domiciliare rappresenta una pratica scarsissimamente usata nel mondo.

Negli USA vengono effettuate 0.08 visite/persona/anno;

Pediatri tedeschi, francesi, spagnoli, inglesi e brasiliani, intervistati direttamente dal sottoscritto, affermano di non fare, se non rarissimamente, visite domiciliari in caso di malattia acuta febbrile;

Suggestivo uno studio USA in cui viene descritto il trattamento ambulatoriale di 5000 bambini affetti da malattia acuta febbrile (febbre superiore a 38°C) dal 1991 al 1994 su una popolazione totale in cura presso gli ambulatori partecipanti di 20585 bambini da 3 mesi a 36 mesi (significa che almeno 104 bambini al mese, pari a 3.5 al giorno, venivano visitati per febbre alta in ambulatorio);

Le uniche indicazioni alla visita domiciliare presenti nella letteratura internazionale riguardano patologie che non hanno nulla a che fare con le malattie acute febbrili.

≈ la visita domiciliare rappresenta, invece, curiosamente una pratica estremamente utilizzata in Italia:

- a) diverse ricerche effettuate in Italia mostrano un'incidenza variabile da 18.18 richieste per settimana per 1000 iscritti al Nord, ad una media di 29.37 richieste alla settimana per 1000 iscritti nell'area napoletana, con richieste non giustificabili (pur utilizzando criteri "non rigidi" di selezione) che si aggirano almeno intorno al 50% delle richieste;
- b) in una ricerca effettuata dal sottoscritto sulle visite domiciliari richieste nel Novembre 99 nella stragrande maggioranza dei casi le circostanze riferite dai genitori erano largamente sopravvalutate (17 su 26 = 65.3%), in diversi casi (5 su 26 = 19.2%) chiaramente false, in alcuni casi (2 su 26 = 7.69%) si trattava di casi di visite chieste dichiaratamente senza alcuna motivazione, per diretta ammissione dei genitori; in soldoni ciò significa che:
- ? in 2/3 quasi dei casi i genitori sopravvalutano i sintomi per costringere il PdF ad andare a casa;
 - ? in 1/4 dei casi li falsificano totalmente;
 - ? in poco meno di 1 caso su 10 pretendono che il PdF vada a casa senza alcuna motivazione;
- c) esiste una letteratura ormai molto lunga in cui pediatri particolarmente esperti del tema (in particolare il dr. Meneghelli, che da anni si occupa del tema), lo discutono, evidenziando le contraddizioni di un istituto mal utilizzato, con la conseguenza di un'organizzazione assistenziale di cattiva qualità. Le argomentazioni apportate sono in sintesi le seguenti:
- ? l'utilizzazione spesso prevalente del PdF (vedi epidemie) per il trattamento domiciliare di malattie febbrili acute, nella stragrande maggioranza dei casi banali e autolimitanti ("naturali") non ha alcun senso;
 - ? la VD richiede, per la difficoltà logistiche collegate, un tempo 4 volte superiore a quello per una visita ambulatoriale (con enorme spreco di tempo a svantaggio di una migliore efficienza assistenziale);
 - ? la visita in un ambulatorio attrezzato è assistenzialmente ed organizzativamente molto più vantaggiosa per il paziente ed economica organizzativamente per l'interesse collettivo (più bambini in meno tempo, migliore diagnostica);
 - ? la tendenza dell'utenza richiedere in eccesso e spesso violentemente pretendere la VD si basa su una diffusa tendenza all'eccesso di domanda (in Italia di 2-3 volte superiore rispetto alla letteratura internazionale), basata spesso su una cultura del comodo o su distorte cognizioni ed emozioni rispetto a tematiche sanitarie.

In sintesi, dunque:

La domiciliare per malattie acute è ben lungi dal rappresentare una pratica di comprovata validità scientifica ed utilità assistenziale e rappresenta, invece, il frutto di una radicata abitudine specificamente italiana, perché basata su una cultura della salute poco informata ed educata e su una cultura distorta dell'utilizzo dei servizi.

La visita domiciliare come marker di un sistema assistenziale basato su cattivi presupposti e quindi di cattiva qualità.

1) Il sistema assistenziale in cui vengono richieste le domiciliari è affetto da gravi distorsioni nella cultura del rapporto medico-paziente e dell'uso di risorse, essenzialmente caratterizzati da:

- ⌘ rapporto medico-paziente basato su scelta anonima e strumentale, per cui il medico non viene scelto per la qualità delle sue prestazioni assistenziali, ma come strumento di aspettative preconcepite, in generale strumentalizzato alla soddisfazione di esigenze "minime" di salute (cfr. "Io vi tengo per...!")
- ⌘ domiciliari come espressione di "disprezzo" per l'operatore-strumento:
 - ? le domiciliari diminuiscono quando il PdF si è conquistato la fiducia del paziente con inattese diagnosi di qualità;

- ? le domiciliari aumentano quando:
 - ? peggiora la considerazione del PdF da parte del paziente (“ho perso fiducia”);
 - ? l’utente decide di rivolgersi ad un pediatra di migliore qualità ed “usare” solo il PdF con cui è “iscritto”;
 - ? il paziente è insoddisfatto dei servizi offerti dal PdF (scarsa attenzione, ridotti orari ambulatoriali...);
 - ? il PdF offre scarsi servizi e di cattiva qualità (poca prevenzione, poche attività assistenziali di qualità)
- ✗ domiciliare come patto criminale con medico compiacente (“non vi do mai fastidio...”)
- ✗ cultura della salute caratterizzata da:
 - ? eccesso di uso dei servizi per problematiche minime
 - ? cultura terapeutica basata sulla soppressione immediata e “poco impegnativa” dei sintomi
 - ? uso dei servizi non basato sulla produttività effettiva delle pratiche, ma sulla loro facile accessibilità
 - ? cultura del comodo-minimo: è più facile per l’organizzazione familiare una prestazione domiciliare di basso livello che una ambulatoriale di alto livello, che richiede impegno ed organizzazione da parte della famiglia
 - ? cultura del “falso sistematico”: come dimostrano le ricerche personali, non raramente le motivazioni addotte per la VD sono completamente false
- 2) L’organizzazione basata su tali presupposti culturali in cui si innesta la pratica distorta dell’istituto delle VD comporta quindi:
 - ✗ grossa quantità di tempo sprecato per poche visite
 - ✗ assistenza offerta in assenza di supporti diagnostici riconosciuti universalmente come indispensabili per una buona assistenza
 - ✗ assenza del supporto dei dati anamnestici del paziente (cartella)
 - ✗ strutturazione assistenziale collettiva carente per irrazionale sottrazione di tempo e spazio ad attività di qualità:
 - ? assistenza approfondita ai cronici
 - ? soddisfazione di bisogni di salute complessi (disagio psicosociale)
 - ? pratiche diagnostiche time-consuming
 - ? educazione sanitaria
 - ? prevenzione sistematica

C) Basi razionali giuridico-contrattuali del contestato “rifiuto della prestazione domiciliare” immotivata da parte del PdF

Perché il PdF non manca a nessun dovere assistenziale (anzi !), contestando le richieste di domiciliare non motivate ?

- 1) Disponibilità assistenziale non significa disponibilità a recarsi a domicilio dell’ammalato, ma:
 - reperibilità telefonica effettiva nelle 12 ore
 - reperibilità diretta nelle ore di ambulatorio
 - reperibilità indiretta al di fuori delle ore di ambulatorio (sistemi meccanici: segreteria telefonica o altro).
- 2) Contestuale offerta, SEMPRE, di adeguata copertura assistenziale ambulatoriale.

La eventuale non disponibilità a visita domiciliare non significa, quindi, MAI negazione della prestazione e SEMPRE invece offerta di assistenza ambulatoriale.

D) Attuale strutturazione contrattuale dell'istituto delle visite domiciliari

Il contratto all'art 33, comma 3 così recita : “La visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria, secondo la valutazione del pediatra, avuto riguardo alla non trasportabilità dell'ammalato, deve essere eseguita di norma nella stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci...”

Come risulta evidente, la normativa prevede l'assoluta discrezionalità della decisione di effettuare o no la domiciliare, in base alle informazioni telefoniche acquisite dal PdF al momento della richiesta da parte dei genitori, e considera indicata la domiciliare solo nei casi di vera intrasportabilità del paziente.

Purtroppo ancora oggi, sia i genitori, sia gli amministratori territoriali, ed in particolare gli Uffici URP, teoricamente deputati alla mediazione, mancano di cogliere gli aspetti essenziali di questa normativa e quindi la perfetta legittimità dell'opera di discriminazione tra domiciliari giustificate e non che il PdF deve fare allo scopo di mantenere adeguati livelli assistenziali collettivi e non sacrificare tempo e risorse nella soddisfazione di richieste immotivate ed irrazionali

E) Esplicitazione del concetto di intrasportabilità

La sintomatologia acuta febbrile per cui in genere vengono fatte richieste di domiciliare non coincidono affatto con la reale intrasportabilità del paziente.

Come si è visto, infatti, non esistono infatti dati scientifici a sostegno dell'ipotesi che l'uscita del paziente febbrile, opportunamente protetto e trasportato in auto, rappresenti un rischio, ed a qualsiasi livello di temperatura. A rigor di logica, quindi, volendo cioè applicare integralmente il concetto di intrasportabilità nessun bambino è intrasportabile, solo per il fatto di avere febbre ! (come dimostrato ampiamente dalla pratica internazionale !)

Ciononostante, per ragioni di flessibilità ed adattamento alla cultura, i PdF italiani si attengono alla regola pragmatica di richiedere ai genitori il trasporto del paziente febbrile in ambulatorio solo nel caso in cui la temperatura corporea si mantenga a livelli non alti e sia sensibile alla somministrazione di antipiretici.

Circostanze che rendono realmente intrasportabile il paziente sarebbero invece solo:

- ≠ gravi traumi scheletrici
- ≠ alterazione comatosa dello stato di coscienza
- ≠ grave dispnea
- ≠ grave compromissione circolatoria

Tutte circostanze che non ricorrono che rarissimamente e non giustificano assolutamente la quantità delle prestazioni domiciliari richieste al pediatra

Conclusioni

Dunque la situazione italiana, e quella del sud del nostro paese, vede insomma il prevalere di una pratica non motivata e non giustificata né scientificamente né secondo lo stato dell'arte, ed in stridente contraddizione con la pratica corrente internazionale, ma pensabile solo in relazione ad una cultura profondamente e tenacemente radicata, che attraversante tutti gli strati sociali e che, sia ne suoi aspetti cognitivo-emotivi, sia nella sua visione della salute e dell'utilizzo dei servizi, è molto lontana dalla razionalità e dall'esercizio delle regole di una buona pratica sanitaria.

Una pratica quindi che rappresenta uno dei freni di non trascurabile effetto nello sforzo di miglioramento del sistema assistenziale territoriale, verso il raggiungimento di migliori standard assistenziali, per il miglior

utilizzo degli specialisti pediatri convenzionati e per realizzare migliori condizioni di salute in una società, i cui veri bisogni sono ben più complessi di quelli rappresentati dalle malattie acute.

Riteniamo, pertanto, indispensabile, anzi vitale, una maggiore e migliore collaborazione tra i pediatri e le amministrazioni territoriali, nonché un maggiore sforzo globale del SSN regionale, per svolgere finalmente quell'attività di informazione ed educazione sanitaria dell'utenza rispetto a questo tema di grande importanza così come in generale rispetto al tema del corretto uso delle risorse, del rapporto medico-paziente e dei presupposti organizzativo-strutturali per il migliore funzionamento possibile del sistema.