

LA VISITA DOMICILIARE: USO E ABUSO

a cura di GIUSEPPE COPPOLA, MARIA GIULIANO, ROBERTO SASSI

Associazione Pediatri di base, ASL 4, Napoli

Con la collaborazione di: G. Avino, F. Carlomagno, M. Donnarumma, G. Esposito, S. Ferraro, G. Foria, G. Galasso, E. Gensini, J. M. Hensen, M. La Pietra, M. R. Maestro, T. Manzo, E. Merolla, A. E. Oreste, E. Peluso, C. Rimedio, M. Saviano, M. Stanzione, P. Wanderlingh

THE VISIT TO DOMICILE: USE AND ABUSE (M&B 2, 106-109, 1997)

Key words

Home visit, Paediatric practice, Fever

Summary

Aim of this study was to evaluate the frequency of the home visit in the daily work of the family paediatrician. Twentytwo paediatrician, operating within the Napoli 4 Health Authority, participated in the study. In the first three weeks of november 1995 the request of at home visit have been 1331 and in 973 cases the paediatrician actually went to visit the child at home. Most calls were made on Monday (381) that is also the day of the greatest number of visits actually made (291). Fever over the 38°C was the most frequent reason for calling the paediatrician.

The attitude of the paediatricians compared to the requests has been rather different. The use of strict criteria allowed to establish which requests could be "a priori" defined as justifiable or not. The not justifiable requests were 666 (50%); 352 of them had been actually followed by home visit.

In the majority of the cases the children's clinical conditions were either excellent or good.

Lo spunto offerto da studi eseguiti da pediatri delle regioni del Nord Italia e relativi alla incidenza delle visite domiciliari sul lavoro quotidiano del pediatra di base e alla effettiva necessità delle stesse (Visite domiciliari: un'analisi di VRQ; M&B, settembre 1994) ha suscitato la curiosità circa la proponibilità di un paragone con analoghe esperienze delle regioni del Sud.

Si è cercato, quindi, di porre a confronto, in maniera pressoché speculare, i modi di comportarsi delle due diverse schiere di pediatri operanti in regioni diverse per clima, educazione alla salute, stato sociale medio e organizzazione delle strutture sanitarie.

Obiettivi dello studio

- Ottenere dei dati sulle motivazioni più frequenti delle richieste di visita domiciliare.
- Valutare i criteri che inducono i pediatri alla esecuzione della visita domiciliare.
- Verificare l'effettiva necessità dell'intervento domiciliare.
- Contribuire al raggiungimento del "consensus" volto a stabilire linee-guida comuni per i pediatri di base.
- Produrre una scheda, da affiggere negli ambulatori, che "educhi" i genitori al corretto uso della visita domiciliare.

Materiali e metodi

Hanno partecipato allo studio 22 pediatri di base operanti nel territorio del-

le ex-USL 27, 28, 29 e 33, oggi afferenti all'ASL Napoli 4.

Il territorio interessato è quello posto alle pendici del Monte Somma e aggettante nella valle a nord dello stesso; nel territorio, posto a breve distanza dalla città di Napoli, sono compresi comuni di piccola e media grandezza: zona rurale, ma ad alta densità abitativa.

I bambini seguiti dai 22 pediatri assommano a 15.104 (da 230 a 922 bambini/pediatra), con prevalenza pressoché totale per la fascia di età di 0-6 anni.

Il periodo della rilevazione è costituito dalle prime 3 settimane del mese di Novembre 1995 (postposto di un mese rispetto allo studio di riferimento per ovvi motivi climatici!).

I pediatri coinvolti nella raccolta sono 13 maschi e 9 femmine, di età compresa tra i 33 e i 42 anni (età media 36,7 anni) e convenzionati da 4,13 anni (minimo 1 - massimo 12).

Solo 6 dei 22 pediatri coinvolti nello studio utilizzano il personal computer per la tenuta delle schede-paziente, mentre i restanti continuano a utilizzare le normali schede cartacee; e soltanto 7 sono soliti fornire ai genitori delle linee-guida prestampate per il trattamento della febbre.

La grande maggioranza (15 su 22) è solita raccogliere personalmente le richieste di visita domiciliare, anche se solo in determinate ore del giorno.

I genitori sono stati forniti dal proprio pediatra sia del numero di telefono dello studio che di quello di casa (15 pediatri), e, talora, anche del numero del telefonino cellulare (6 pediatri).

L'esame delle schede compilate ha

VISITE DOMICILIARI: QUANDO?			
	Richieste	Visite	%
Lunedì	381	291	76,3
Martedì	204	149	73
Mercoledì	211	159	75,3
Giovedì	203	148	72,9
Venerdì	247	175	70,8
Sabato	85	51	60

Tabella I

VISITE DOMICILIARI: A CHE ETÀ?		
	Richieste	Visite effettuate
0 - 6 mesi	115	87 (75,6%)
6 mesi - 2 anni	490	281 (57,3%)
Oltre i 2 anni	726	605 (83,3%)

Tabella II

VISITE DOMICILIARI: PERCHÉ?		
Categoria	Richieste	Visite effettuate
Febbre oltre i 38°C isolata	463	353
Febbre oltre i 38°C con sintomi	331	297
Febbricola "isolata"	125	77
Febbricola con sintomi rilevanti	115	93
Situazioni senza febbre	297	153

Tabella III

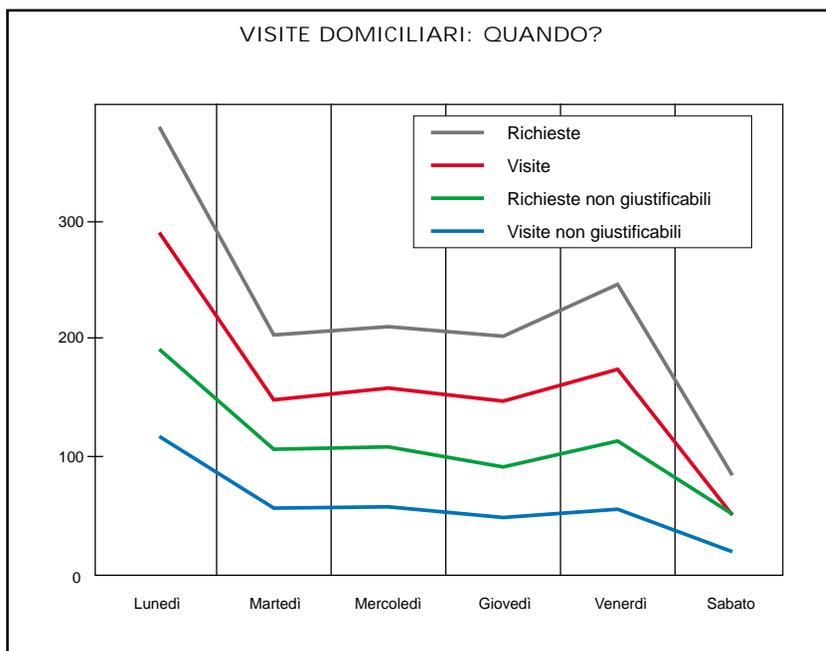


Figura 1

rilevato che il tempo di intercorrenza tra inizio dei sintomi ed esecuzione della visita è nella maggioranza dei pediatri (86,36%) inferiore alle 24 ore.

La visita non urgente recepita al mattino viene eseguita in giornata da parte di tutti i pediatri, ma, se richiesta nel pomeriggio, viene rinviata al giorno successivo con invito ai genitori a richiamare per confermare la richiesta (13 pediatri su 22).

Per ciò che riguarda i criteri adottati dal singolo pediatra per stabilire la necessità della visita domiciliare, essi si sono dimostrati estremamente variabili e ciò era preventivabile conoscendo il diverso approccio adottato dai vari colleghi nei confronti dei sintomi, del paziente, delle motivazioni dei genitori.

Per la grande maggioranza, però, lo stato generale compromesso era indicazione assoluta alla esecuzione della visita domiciliare.

Erano tutti d'accordo, infine, sulla non indispensabilità della visita domiciliare: indubbio è l'eccessivo e il quasi sempre inutile ricorso alla visita domiciliare, con la conseguente sottrazione di tempo usufruibile per altri e migliori utilizzi.

Risultati

Quante

I 22 pediatri, che assistevano 15.104 bambini, nell'arco delle 3 settimane di rilevamento hanno ricevuto 1331 richieste di visita domiciliare, a cui hanno fatto seguito 973 visite domiciliari (pari al 73,1% delle richieste).

Tale dato conduce a calcolare in media 29,37 richieste e 21,47 visite domiciliari per ogni settimana di Novembre ogni 1000 iscritti.

Quando

La Tabella I e la Figura 1 riportano il numero di richieste e di visite domiciliari eseguite nei vari giorni della settimana, nonché la percentuale di visite eseguite rispetto alle richieste (indipendente dall'attività di filtro operata dal pediatra).

Il giorno con maggiori richieste è il Lunedì (381 richieste), il giorno con il maggior numero di visite domiciliari eseguite è ancora il Lunedì (291 visite), mentre il giorno con il minor numero di visite svolte rispetto al numero delle richieste è il Sabato (che si rivela anche l'unico giorno in cui la percentuale di visite eseguite scende al di sotto del 70%).

Perché: le motivazioni

I gruppi di età coinvolti sono riportati nella *Tabella II*.

I gruppi più numerosi di richieste riguardavano le situazioni con febbre oltre i 38°C, sia isolata sia accompagnata da sintomi rilevanti sul piano clinico.

Come si rileva dalla *Tabella III*, queste due categorie costituiscono da sole il 59,65% delle richieste e il 66,80% delle visite domiciliari eseguite.

Le visite sono state più frequenti nelle situazioni di febbre soprattutto se accompagnate da sintomi rilevanti (89,72% contro 76,24%).

Comportamento dei pediatri

Il comportamento dei pediatri coinvolti nello studio è stato difforme, come era lecito attendersi. La percentuale di visite domiciliari eseguite rispetto alle richieste ricevute è in media del 75,38% (con punte minime del 29,3% e massime, in due casi, del 100%).

L'analisi delle percentuali non ha mostrato alcun rapporto significativo con gli anni di convenzionamento, col numero di assistiti, con l'utilizzo di linee-guida prestampate per la febbre.

Discussione

Quante

Troppe!

È il dato che salta subito all'occhio confrontando i nostri dati con quelli del lavoro preso a riferimento.

Troppe le richieste (29,37% in media di richieste a settimana ogni 1000 bambini contro il 18,18% dello studio di riferimento).

Troppo alta la percentuale delle visite eseguite rispetto alle richieste (in media 71,38% contro 57,35%).

Perché

L'adozione dei criteri utilizzati nello studio di riferimento relativamente alla non trasportabilità e all'urgenza, ha permesso di definire dei parametri abbastanza rigidi, tali, almeno, da poter dividere le richieste giustificabili "a priori" da quelle ritenute non giustificabili.

Da ciò è emerso che le richieste non giustificabili sul piano clinico sono state 666 (esattamente il 50% delle richieste), di cui sono state effettuate 352 visite domiciliari (52,85% del totale contro il 38% dello studio di riferimento).

La *Tabella IV* riporta il numero delle

RICHIESTE DI VISITE DOMICILIARI NON GIUSTIFICABILI " A PRIORI" : PERCHÉ?			
	Richieste	Visite effettuate	%
Febbre oltre i 38°C isolata	200	103	51,5%
Febbre oltre i 38°C con sintomi	51	31	60,7%
Febbricola "isolata"	113	65	57,5%
Febbricola con sintomi rilevanti	61	44	72,1%
Situazioni senza febbre	241	109	45,2%

Tabella IV

RICHIESTE DI VISITE DOMICILIARI NON GIUSTIFICABILI " A PRIORI" : PERCHÉ LA VISITA A DOMICILIO?	
Motivo	Visite effettuate
Genitori apprensivi	86
Genitori insistenti	93
Mancanza automobile	55
Opportunità	48
Condizioni non buone	13
Febbre > 40°C	5
Famiglia "a rischio"	16
Madre con difficoltà psicologiche	8
Altro	32

Tabella V

RICHIESTE DI VISITE DOMICILIARI NON GIUSTIFICABILI " A PRIORI" : QUANTE?			
	Richieste	Visite	%
Lunedì	192	118	61,4
Martedì	107	57	53,2
Mercoledì	109	58	53,2
Giovedì	92	49	53,2
Venerdì	114	56	49,1
Sabato	52	20	38,4

Tabella VI

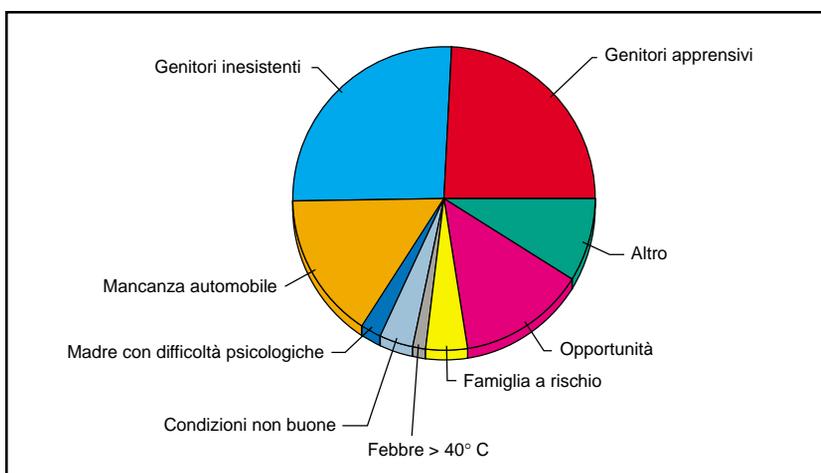


Figura 2. Richieste di visite non giustificabili "a priori": perché la visita a domicilio?

richieste e delle visite domiciliari svolte per motivi non giustificabili da un punto di vista sanitario, suddividendole in sottogruppi. Una strana predominanza assume il 72,1% relativo al gruppo delle febbricole, seppur con presenza di sintomi rilevanti.

Ma, se riteneva non giustificabili a priori la metà delle richieste, per quale motivo il pediatra si è recato al domicilio del paziente?

Qui le motivazioni sono varie ed è stato possibile solo con notevole difficoltà riuscire a incasellarle nell'ambito delle opzioni proposte: per ognuna delle visite poteva esserci una diversa motivazione! Esaminando la *Tabella V* e la *Figura 2*, si nota l'alta percentuale di motivazioni legate al carattere apprensivo dei genitori e alla loro insistenza (50,85% dei casi).

Ma non secondaria rilevanza assume la dispersione territoriale nel costruire i 55 casi di mancanza di mezzi di trasporto e una parte almeno dei 48 casi identificati con la presenza del pediatra in abitazioni attigue a quella del paziente richiedente.

Anche nel caso delle visite non giustificabili "a priori" la maggiore presenza di richieste e di visite eseguite ricade nella giornata del Lunedì (*Tabella VI*).

Se la tempestività della risposta del pediatra necessitasse di una conferma, basterebbe valutare come in 634 casi su 796 (pari al 79,64%) egli sia corso a visitare un bambino che presentava febbre da meno di 24 ore (più della metà delle volte da meno di 8 ore!), dando estrema importanza al sintomo febbre superiore a 38°C, presente esattamente negli stessi 634 casi.

Una volta esaminato il paziente, il pediatra si è accorto che questi si presentava in condizioni cliniche ritenute ottime o buone in 811 casi (83,35%), tanto da ritenere la visita eseguibile in ambulatorio senza alcun rischio per il piccolo paziente in 734 casi su 973 (pari al 76,36%).

Conclusioni

I compiti assegnati al pediatra di famiglia sono molteplici e richiedono tem-

po. Il tempo è, per il pediatra di famiglia, una risorsa essenziale, indispensabile per poter approfondire l'impegno su casi specifici, ma altrettanto necessaria per aggiornarsi, partecipare a progetti obiettivi ben determinati, costituire presso il proprio ambulatorio un minimo di laboratorio per piccoli esami, proseguire l'assistenza al proprio paziente ricoverato in reparti di degenza.

Non è però più possibile che il numero delle visite domiciliari sia inversamente rapportabile solo alla "capacità di persuasione telefonica" del singolo pediatra di famiglia.

Bisogna stabilire regole comuni per indirizzare i genitori ad un uso più appropriato della visita domiciliare, che sfati leggende o timori non più ammissibili alle soglie del terzo millennio.



Digest

RANDOMIZED STUDY OF COGNITIVE EFFECTS OF IRON SUPPLEMENTATION IN NON-ANAEMIC IRON-DEFICIENT ADOLESCENT GIRLS

BRUNER AB, JOFFE A, DUGGAN AK, CASELLA JF, BRANDT J

Lancet 348, 992, 1996

La carenza di ferro è uno dei difetti nutrizionali più comuni nella nostra società; essa ha degli effetti sistemici, non necessariamente correlati con l'anemia, la quale a sua volta può mancare anche in condizioni di severa riduzione delle riserve di ferro. Disturbi dell'apprendimento e del comportamento (tipicamente la pica, che si corregge immediatamente, fin dall'inizio della terapia marziale). Dalla prima osservazione di Oski e Honig (*J Pediatr* 92, 21, 1978), molti contributi hanno confermato sia l'esistenza di questi disturbi da sideropenia non anemica, sia la prevalenza della carenza di ferro specie nelle adolescenti (10-40%), sia l'effetto della integrazione marziale su questi disturbi (Oski F et al, *Pediatrics* 71, 877, 1983; Lozoff B et al, *Pediatrics* 79, 981, 1987; Ballin A et al, *Am J Dis Child* 146, 803, 1992), sia infine la loro dipendenza da carenza marziale a livello neuronale (Yehudaa S et al, *Am J Clin Nutr* 50, 618, 1989; Beard JL et al, *Prog Food Nutr Sci*

17, 183, 1993). 73 ragazze in carenza marziale (ferritina < 12 microgrammi/litro) ma non anemiche sono state divise in due gruppi: un gruppo è stato trattato con ferro solfato per os per 8 settimane, il gruppo controllo è stato trattato con placebo; nel primo gruppo si è ottenuta, con la correzione della ferritinemia, un miglioramento significativo della memoria e dell'apprendimento.

Commento

Questo lavoro, condotto rigorosamente su una casistica molto particolare, costituita da un centinaio di ragazze ferro-carenti ma non anemiche, selezionata su 716 soggetti in carenza marziale, porta un convincente contributo a un problema non nuovo, quello degli effetti diretti (non mediati dall'anemia) sulle funzioni neurologiche superiori, sulla capacità di concentrazione, sulla memoria e sull'apprendimento. La maggior parte dei lavori è in favore della reversibilità del disturbo; tuttavia, un difetto dell'apprendimento ha in sé una componente di irreversibilità (una bocciatura è sempre una bocciatura, un insuccesso scolastico ha comunque il suo costo). Un atteggiamento più disinvolto nei riguardi della integrazione marziale, potrebbe essere la regola nella giovane adolescente.