

La visita a domicilio tra tecnologia e umanità

“La visita a domicilio è una componente essenziale e qualificante delle attività del medico di famiglia... è una occasione di eccezionale interesse perché la relazione umana che il medico vive con il paziente, gode delle condizioni migliori per un ascolto efficace e per la tutela della privacy” (Aldo Pagni)

a cura di **Mario Baruchello**

Medico di medicina generale e Senior editor Rivista QQ

Nella *home care*, la qualità e la buona riuscita non sono determinate dal solo atto medico. Il *setting* domiciliare non è standardizzato o stabile come l'ospedale, le figure sono numerose, la integrazione critica, i *background* e le professionalità coinvolte diverse, famiglia e comunità sono variabili determinanti. Le relazioni fra questi elementi sono in continua modificazione e ognuna delle variabili può far fallire da sola il processo assistenziale. (L. Mignoli, *M.D.* Ottobre 2002).

La pandemia di Covid-19 in cui sia-

mo immersi ha mostrato tutti i limiti di un'assistenza territoriale estremamente diversa da Regione a Regione. Dapprima le ragioni della sicurezza lavorativa per i medici hanno portato a considerare i medici come eroi da parte del pubblico: i numerosi morti tra i colleghi ne sono la testimonianza e fonti ufficiali del Senato parlano di oltre 4.800.000 contagiati curati a casa nella prima ondata di infezioni, ma successivamente l'opinione prevalente subentrata è quella che il medico sia introvabile anche al telefono, non effettui visite in stu-

dio che con grande difficoltà e vada raramente a domicilio. A ciò si aggiunga che un enorme numero di denunce penali ha coinvolto i medici per le morti/Covid - 19 dei pazienti (oltre 130.000 in Italia) e in alcune Regioni (es. Campania) i medici sono stati accusati di iper-prescrizione nelle cure domiciliari per le ricette relative a eparine, IPP, Ossigeno terapeutico, vitamina D, antibiotici, cortisone nel periodo del picco pandemico (Gennaio-Giugno).

Il clima era tale che la frammentarietà e l'implementazione sul territorio delle decisioni di Governo e Autorità sanitarie avevano ridotto i medici di medicina generale a lavorare ognuno per proprio conto, senza nessuna linea guida né tanto meno *feed-back* o elementi di ricerca/ audit clinico che contribuissero a una ricognizione epidemiologica dei veri bisogni. Isolati anche se autorevoli i tentativi di piccoli gruppi di studio nel produrre già ad Aprile 2020: “Appunti rapidi di diagnosi e terapia empirica per medici di medicina generale” (<https://www.cgems.it/Cgems-News-Dettaglio.asp?News=260&Titolo=>).



► Lo stato dell'arte

Qual è la vera situazione oggi della visita domiciliare? Non possiamo che basarci su dati qualitativi e report individuali, perché la gran parte dei medici non registra l'accesso domiciliare come motivo di contatto, perché istituti di ricerca non indagano questa modalità assistenziale e perché i dati provenienti dalle Regioni riguardo alle varie ADI non riescono a fotografare il fenomeno in tutta la sua rilevanza, orientati come sono al dato amministrativo. (F. Del Zotti - *Rivista QQ* 2011).

Le cure a casa sono una vera tecnologia sanitaria che è prerogativa peculiare oggi del medico di famiglia (*tabella 1*).

L'assistenza sanitaria oggi, con la transizione epidemiologica che ha cambiato la demografia portando le percentuali di anziani sopra il 20% della popolazione, è sempre più socio-sanitaria, e la qualità unita a corretti esiti in termini di salute non sono più determinate dal solo atto medico. La conferma al riguardo può fare riferimento a quanto riporta F. Petrazzuoli (*Rivista QQ* / dic.2021) in merito al *Social Prescribing* nel NHS come offerta strutturata di servizi e forze lavoro progettate per supportare la *Primary Care* proprio a domicilio.

Alcune Regioni italiane hanno sviluppato forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che possono partire da una Dimissione Protetta di un paziente critico non ancora stabilizzato ed arrivare a vere forme di Ospedalizzazione domiciliare con uso di tecnologie anche sofisticate.

Nell'ADI poi il Mmg può esprimere la sua competenza anche affrontando patologie impegnative

TABELLA 1

Elementi caratterizzanti delle cure a domicilio

- Continuità assistenziale
- Analisi multidimensionale dei bisogni
- Lavoro per processi e per obiettivi non per compiti
- Semplificazione e scelte di priorità delle risposte organizzative
- *Empowerment* di pazienti e caregiver: efficace in termini di salute e qualità della vita
- Rispetto dei contenuti etici
- Valorizzazione delle componenti relazionali
- Responsabilizzazione elevata e autonomia degli attori
- Feedback continuo (valutazione outcomes in termini di salute e soddisfazione degli utilizzatori ma anche degli stakeholders)
- In tutte le forme previste nel territorio di ADI-ADP: *team work*
- Modello di intervento biopsicosociale

che non sono solo patrimonio degli specialisti: es. la gestione integrata del malato di K a casa. Le scelte qui sono condivise con tutti gli attori, con integrazioni degli interventi fra professioni e livelli operativi diversi (assistente sociale, OSS, nutrizionista, infermiera, medici specialisti, volontari...). In tale contesto ha forte senso la tecnologia a casa con condivisione dei ruoli: la cura della persona si declina infatti in due direzioni da un lato il miglioramento della condizione fisica e ove possibile il superamento delle patologie, dall'altro la dimensione di relazione che si esprime nel prendersi cura di chi soffre. In una simile prospettiva le soluzioni tecnologiche, sempre più sofisticate e robotizzate fino all'intervento dell'intelligenza artificiale, vanno applicate domandandosi anche quali siano le implicazioni sociali, etiche e giuridiche di queste applicazioni ed il tema della persona e della sua centralità va posto nel rischio potenziale di isolamento del malato e nei casi

più gravi della deumanizzazione delle cure. (Andrea Bertolini, Consensus Conference EURA, SIM-FeR, SIRN- 2021).

Quello che ci dovrebbe far riflettere, anche come occasione di nuove competenze, ricerche, audit clinico, è l'organizzazione della continuità assistenziale, delle emergenze, l'attenzione ai *Caregivers*, (sino alla morte a casa, rispetto agli anonimi decessi in ospedale), la gestione del lutto.

► Fiducia: il valore di una relazione

I Mmg sono medici di fiducia del singolo individuo, ed i principali responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative. Quando negoziano piani di gestione con i pazienti integrano i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti. La forte relazione basata su di un esclusivo processo di consultazione e sulla fiducia, l'approccio centrato sulla

persona, sono il punto di partenza per un processo educativo continuo orientato all'*empowerment* del paziente. Ogni contatto tra il paziente e il suo medico di famiglia contribuisce alla costruzione di una storia che si evolve e ogni singola consultazione può rifarsi a quella precedente esperienza condivisa. Il valore di questa relazione personale è determinato dalla capacità di una comunicazione professionale del medico di famiglia ed è di per sé stessa terapeutica. Tutto questo necessita di formazione tutoriale specifica.

Al riguardo non trascuriamo la esperienza del NHS con i QOF in UK. Il *Quality and Outcomes Framework* (QOF) è un programma di incentivi e premi annuali volontari per tutte le pratiche di GP in Inghilterra, che dettaglia i risultati della pratica quotidiana. Non si tratta di gestione delle prestazioni, ma di risorse e buone pratiche, anche per l'*home care*, ove i medici hanno potuto sviluppare progetti di partnership per obiettivi anche con iniziative importanti di medicina di iniziativa verso la popolazione anziana. (<https://qof.digital.nhs.uk/>)

In Italia l'alternativa nel campo dei non autosufficienti non può essere fra badanti (irregolari, non preparate, non controllate) e case di riposo: bisogna offrire la possibilità di restare a casa propria con una adeguata assistenza domiciliare, migliorando i contesti abitativi e facendosi carico di chi non ha mezzi ma ha diritto di non perdere i legami con i propri affetti e con la comunità.

"Contrasta questo con il calore, il disordine, gli odori, le immagini, i sogni, la famiglia e la speranza che riempiono una casa e quindi una visita a domicilio, e il risultato è un diverso tipo di interazione medico-

paziente". (Un caso di pratica medica Racconto di Anton Cechov pubblicato per la prima volta nel dicembre 1898).

• Dubito che la visita a domicilio tornerà presto

Si investe troppo nell'efficienza della clinica e in una medicina sofisticata praticata attorno ad apparecchiature ad alta tecnologia. Tuttavia, mi sforzerò di ricordare che ogni paziente viene da un luogo speciale, la sua casa, e ognuno è speciale in quel luogo. (<https://www.kevinmd.com/blog/2013/05/reason-house-call-dead.html>).

Pure in Austria, Svizzera, Svezia e Australia la visita a domicilio presenta numeri in diminuzione negli ultimi due decenni anche se usufruisce di una strutturazione organizzativa efficiente e complessa. Fondamentale è la presenza di Dipartimenti di Medicina Generale nelle Università che concorrono a promuovere progetti nazionali; basati sovente sulle medicine di gruppo possono offrire una alta densità di cura generalista spingendosi ad espandere l'area delle Cure intermedie: il valore per il paziente viene monitorato con indicatori appropriatezza sulla qualità della vita, indicatori clinici, economici e organizzativi, di utilità (la scelta del paziente, del familiare, del cittadino), di qualità percepita (*customer satisfaction*). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010213/>); (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32349757/>).

• La visita domiciliare è in profonda crisi?

Forse parte della ragione della perdita di questa relazione intima è che la vicinanza, l'apertura e l'interazione onesta che derivano dall'incontro con un paziente a casa loro

sono diventate troppo personali, troppo intime, troppo oneste per il medico moderno; il *setting* domiciliare struttura il rapporto medico/paziente con la modalità ospite/ospitante che va perdendosi. Ma i pazienti vogliono anche poter esprimere al loro medico le proprie aspettative e le proprie paure. Vogliono che il curante tenga conto delle loro convinzioni in materia di salute, malattia e cura della malattia. I pazienti chiedono di essere aiutati nel loro processo di accettazione della sofferenza. Desiderano acquisire la capacità di gestire la malattia nel quotidiano. Essi sperano alla fine di diventare autonomi collaborando con il medico.

• Medici e paziente sono cambiati?

Troppi personaggi vogliono occuparsi di ristrutturare oggi la medicina generale: fra tesi apodittiche di esperti soloni, case di comunità, progetti di dipendenza, libri azzurri, proposte di Istituti di ricerca, l'unico a non aver voce è il vero medico di famiglia.

"Nel nostro attuale sistema sanitario, bussare alle porte e parlare con i pazienti può essere l'approccio più innovativo di tutti". (<https://www.kevinmd.com/blog/2021/01/is-there-hope-for-covid-with-home-visits.html>)

Ma alla fine a casa del paziente bisogna andare perché è il malato che lo desidera e né ha spesso una vera necessità. Ecco che allora "Il piano di assistenza domiciliare deve essere esplicito, ove possibile flessibile e i ruoli intercambiabili, negoziato fra vincoli e opportunità con tutti i componenti della rete e deve coinvolgere il malato o il suo caregiver in modo attivo" (Parisi: *Il malato di Cancro in medicina generale*, Utet, 1999).