

**CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA TRIENNALE IN
MEDICINA GENERALE**

Provincia autonoma di Bolzano-Alto Adige

**LA VISITA DOMICILIARE
IN ALTO ADIGE:
CONSIDERAZIONI EPIDEMIOLOGICHE E
PROFESSIONALI**

Medico in formazione

Dott. Alberto Caretta

TRIENNIO 2013-2016

ABSTRACT

TITOLO: La visita domiciliare in Alto Adige: considerazioni epidemiologiche e professionali.

PREMESSA: Le visite domiciliari, sia programmate che non programmate, rappresentano una pratica fondamentale nell' ambito della medicina generale. In questo studio sono state analizzate solamente le visite domiciliari non programmate. Solo nella valutazione del carico di lavoro complessivo dei medici è stato calcolato anche il numero di visite programmate, senza però analizzarne le caratteristiche.

OBIETTIVI: Quantificare il carico di lavoro complessivo dei medici rilevando il numero medio di richieste di visite domiciliari non programmate e programmate a settimana. Per le visite non programmate, descrivere la tipologia di assistito che più spesso le richiede, identificare le cause più frequenti per cui vengono richieste e valutarne l' appropriatezza. Infine, verificare se vi sono differenze sostanziali tra città e periferia sia nel numero di visite effettuate sia nel profilo del paziente che le richiede.

METODI: Sono state registrate le richieste di visite domiciliari non programmate pervenute a 7 medici di medicina generale (media pazienti: 1500/medico) che lavorano in diverse zone della Provincia di Bolzano (città e zone periferiche) in un periodo di 3 mesi (1/10/2015-31/12/2015). Tramite un questionario apposito da compilarsi a cura del medico di famiglia sono stati registrati diversi parametri per definire le caratteristiche principali delle visite e dei pazienti che le richiedono.

RISULTATI: Il numero medio di visite non programmate risulta essere basso (0,9 visite/settimana/1500 pazienti) soprattutto in confronto alle visite domiciliari programmate (4,1 visite/settimana/1500 pazienti).

Le richieste si verificano soprattutto il lunedì (30%) e il venerdì (25%), generalmente al mattino (45%). A chiamare spesso è un familiare (68%). Il paziente ha generalmente un'età superiore ai 65 anni (74%), spesso di sesso femminile (62%), vive in un contesto familiare (86%), è generalmente autosufficiente (62%) e richiede meno di una visita all' anno (57%). Le richieste risultano essere generalmente appropriate (78%) e vengono valutate spesso come urgenze differibili (66,6%). I sintomi più frequentemente riferiti sono febbre (17,3%) e astenia (8%). Le patologie più frequentemente riscontrate sono le malattie respiratorie (21,7%) e cardiovascolari (14,5%). Generalmente vengono prescritti farmaci temporanei (42%) mentre il ricovero si verifica solo nel 7% dei casi. Le visite durano in media meno di 30 minuti (55%).

In città il numero di visite non programmate risulta essere minore che in periferia (0,5 vs 1,25 visite/settimana/1500 pazienti).

Tra le principali differenze, in città vi è un numero maggiore di richieste da parte di pazienti di età superiore ai 65 anni (87% vs 68%) e soprattutto di età superiore agli 80 anni (48% vs 33%).

In città sono più frequenti le richieste di visita da parte di pazienti senza nessuna patologia in anamnesi (43% vs 27%) mentre in periferia sono più frequenti le richieste da parte di pazienti con malattie croniche (51% vs 30%). In periferia sono più frequenti le urgenze non differibili gestite dal medico al domicilio del paziente (20,7% vs 8,7%), e come conseguenza anche la percentuale di ricoveri è doppia rispetto alla città (8% vs 4%).

CONCLUSIONI: Questo studio ha rilevato un basso numero di visite domiciliari non programmate (in media 0,9 visite/settimana/medico), soprattutto se confrontate con quelle programmate (4,1 visite/settimana/medico). A richiedere le visite sono più spesso pazienti di età superiore ai 65 anni, di sesso femminile, che presentano malattie croniche e che sono solo parzialmente autosufficienti. La richiesta è dovuta spesso a malattie intercorrenti non sempre collegate alla malattia cronica di base. Frequentemente il paziente viene gestito al proprio domicilio mentre il ricovero si verifica in un numero limitato di casi. In città il numero di visite effettuate è inferiore rispetto alle zone periferiche (0,5 vs 1,25 visite a settimana) e questo è in parte dovuto alla diversa struttura dell' assistenza sanitaria tra le due zone.

ABSTRACT

TITEL: Die Hausvisite in Südtirol: epidemiologische und professionelle Betrachtungen

HINTERGRUND: Hausvisiten, sowohl programmierte, als auch nicht programmierte, sind ein grundlegendes Element im Bereich der Allgemeinmedizin. In dieser Studie sind nur nicht programmierte Hausvisiten berücksichtigt. Nur im Rahmen der Bewertung der gesamten Arbeitslast der Ärzte wurde auch die Anzahl der programmierten Hausvisiten berechnet, ohne jedoch ihre Merkmale zu analysieren.

FRAGESTELLUNG: Ziel dieser Studie ist es, den gesamten Arbeitsaufwands der Ärzte durch die Erfassung sämtlicher sowohl programmierter als auch nicht programmierter Hausvisiten pro Woche zu quantifizieren. Bei den nicht programmierten Hausvisiten sollen die Charakteristika der anfragenden Patienten erkannt werden, zudem sollen die häufigsten Ursachen der Anfragen eruiert und die Angemessenheit beurteilt werden. Schließlich gilt es, wesentliche Unterschiede zwischen Stadt und Land zu erheben, sowohl bezüglich der Anzahl der ausgeführten Visiten, als auch bezüglich des Profils des anfragenden Patienten.

METHODEN: Es wurden die Anfragen der nicht programmierten Hausvisiten (mittlere Patientenzahl 1500/Arzt) von 7 Hausärzten, die in verschiedenen Zonen der Provinz Bozen (Stadt – Land) tätig sind, in einem Zeitraum von drei Monaten untersucht (1/10/2015-31/12/2015). Ein speziell für diese Studie entworfener Fragebogen wurde von den Hausärzten ausgefüllt. Dieser umfasst verschiedene Parameter, um die wichtigsten Merkmale der Hausvisiten und der anfragenden Personen zu erkennen.

ERGEBNISSE: Die durchschnittliche Anzahl der nicht programmierten Hausvisiten ist gering (0.9 Visiten/Woche/1.500 Patienten) im Vergleich zu den geplanten (4,1 Visiten/Woche/1500 Patienten).

Es zeigt sich, dass die Anfragen vor allem montags (30%) und freitags (25%) eingehen, meistens vormittags. Häufig ruft ein Familienangehöriger an (68%). Der Patient ist meist älter als 65 Jahre (74%), häufig weiblich (62%), lebt mit Familienangehörigen zusammen (86%), ist generell selbstversorgend (62%) und fordert eine Hausvisite weniger als einmal im Jahr an (57%).

Die Anfragen sind generell gerechtfertigt und können als aufschiebbare Dringlichkeiten eingestuft werden (66,6%). Die häufigsten Symptome sind Fieber (17,3%) und Asthenie (8%). Die häufigsten Pathologien sind respiratorische (21,7%) und kardiovaskuläre (14,5%) Erkrankungen. Meist werden zeitlich begrenzte Medikamente verschrieben (42%), eine Krankenhauseinweisung erfolgt nur in 7% der Fälle. Die Visiten dauern im Schnitt weniger als 30 Minuten (55%). In der Stadt ist die Anzahl der nicht programmierten Hausvisiten geringer (0,5 vs. 1,25 Visiten/Woche/1.500 Patienten). Die wichtigsten Unterschiede: in der Stadt gibt es häufiger Anfragen von Patienten über 65 Jahre (87% vs. 68%) und vor allem über 80 Jahre (48% vs. 33%). Während in der Stadt Anfragen von Patienten ohne Vorerkrankungen häufiger sind (43% vs. 27%), bitten in der Peripherie meist Patienten mit chronischen Erkrankungen (51% vs. 30%) um eine Hausvisite. In der Peripherie werden die Patienten mit nicht aufschiebbaren Dringlichkeiten häufiger vom Hausarzt vor Ort behandelt (20,7% vs. 8,7%), was sich auch in der doppelt so häufigen Anzahl der Krankenhauseinweisungen widerspiegelt (8% vs. 4%).

SCHLUSSFOLGERUNG: Im Vergleich zu den programmierten Hausvisiten (4,1 Visiten/Woche/Arzt) ergab diese Studie eine geringe Anzahl an nicht programmierten Hausvisiten (im Schnitt 0.9 Visiten/Woche/Arzt). Die Hausvisiten werden meist von Patienten weiblichen Geschlechts mit chronischen Erkrankungen angefragt, welche älter als 65 Jahre und nur teilweise selbstversorgend sind. Die Anfrage erfolgt häufig wegen zwischenzeitlich aufgetretenen Krankheiten die nicht immer mit der Grundkrankheit korrelieren. Häufig wird der Patient zu Hause versorgt, eine Krankenhauseinweisung erfolgt nur in einer geringen Anzahl der Fälle. Die Anzahl der Hausvisiten sind in der Stadt geringer als in der Peripherie (0,5 vs. 1,25 Visiten/Woche) dies ist zum Teil auf die unterschiedlichen Betreuungseinrichtungen zurückzuführen.

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	PAG. 1
2. OBIETTIVI DELLO STUDIO.....	PAG. 2
3. METODI.....	PAG. 2
4. RISULTATI.....	PAG. 3
4.1. CARICO DI LAVORO TOTALE.....	PAG. 3
4.2. ANALISI VISITE DOMICILIARI NON PROGRAMMATE TOTALI SENZA DISTINZIONE TRA CITTÀ E PERIFERIA.....	PAG. 3
4.3. ANALISI VISITE DOMICILIARI NON PROGRAMMATE: CONFRONTO TRA CITTÀ E PERIFERIA.....	PAG. 11
5. DISCUSSIONE.....	PAG. 17
6. CONCLUSIONI.....	PAG. 19
7. BIBLIOGRAFIA.....	PAG.20

LA VISITA DOMICILIARE IN ALTO ADIGE: CONSIDERAZIONI EPIDEMIOLOGICHE E PROFESSIONALI

1. INTRODUZIONE

La visita domiciliare è da sempre considerata una pratica fondamentale nell'ambito della medicina generale nei paesi occidentali ed ha assunto un ruolo centrale nell'assistenza sanitaria per molti secoli. Negli ultimi decenni tuttavia vi è stato un progressivo declino di questa pratica che è stata molto ridimensionata e in certi casi quasi abbandonata.

A questo drastico cambiamento è verosimile che possano avere contribuito vari fattori: la forte espansione dei servizi ospedalieri, la diffusione della motorizzazione e il cambiamento della struttura familiare. Non si può escludere che anche la formazione culturale prevalente nei medici possa avere influito: l'estrema importanza attribuita ad esami strumentali e laboratoristici nell'affrontare le comuni patologie può aver portato a considerare superata questa pratica medica.

Negli ultimi anni si è manifestato un rinnovato interesse per le visite domiciliari non solo in medicina generale ma anche nell'ambito di varie branche specialistiche: per quanto grossolano come dato, fa una certa impressione vedere che su Pubmed alla voce "Home visit" sono indicizzate quasi 8000 pubblicazioni.

Alcune considerazioni portano a ritenere possibile che nei prossimi anni possa verificarsi una inversione di tendenza e quindi un aumento delle visite domiciliari non programmate, programmate e altro. In questa direzione si muove anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), come indicato da Margareth Chan, direttore generale della WHO, nel suo indirizzo alla 65ma Assemblea Generale della WHO nel Maggio 2012:

"Universal health coverage is the single most powerful concept that public health has to offer"

Nel raggiungere questo obiettivo, un ruolo fondamentale spetta alla medicina generale.

Un'ulteriore condizione che sollecita l'utilizzo delle visite domiciliari è l'aumento di pazienti anziani che, pur non essendo completamente autosufficienti, riescono a vivere in famiglia o da soli. Spesso tali pazienti presentano patologie croniche, il cui decorso può essere gestito in ambiente familiare, con notevole miglioramento della gestione della malattia e della qualità di vita del paziente stesso.

Inoltre gli elevati costi dell'assistenza ospedaliera faranno sì che nel prossimo futuro vi sarà un progressivo spostamento dell'assistenza sanitaria a livello territoriale, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti anziani con comorbidità.

E' stato dimostrato infatti che l'utilizzo delle visite programmate nell'ambito del programma statunitense "Medicare" ha ridotto i costi del trattamento dei pazienti anziani [1], riducendo le ospedalizzazioni, con conseguente diminuzione dei costi per la società.

Le recenti acquisizioni tecnologiche permettono ormai da anni di effettuare esami strumentali laboratoristici e anche pratiche terapeutiche a domicilio del paziente, con l'utilizzo di strumenti portatili ugualmente affidabili, con risparmio di tempi e di costi.

In questo studio si è cercato, per quanto possibile, di valutare lo stato attuale delle visite domiciliari non programmate in Provincia di Bolzano, calcolando il numero medio di visite a settimana e cercando di identificare le caratteristiche principali dei pazienti che richiedono le visite.

2. OBIETTIVI DELLO STUDIO

- 1) Analisi del carico di lavoro complessivo dei medici di medicina generale valutando il numero medio di visite domiciliari non programmate e visite domiciliari programmate a settimana.
- 2) Analisi generale delle visite non programmate senza distinzione tra città e periferia, cercando di descrivere la tipologia di assistito che più spesso le richiede, di identificare le cause più frequenti per cui vengono richieste e di valutarne l'appropriatezza.
- 3) Analisi comparativa tra città e periferia, ai fini di verificare se vi sono differenze sostanziali sia nel numero di visite effettuate sia nel profilo del paziente che le richiede.

3. METODI

Hanno partecipato a questo studio 7 medici di medicina generale (media 1500 pazienti/medico). 4 medici lavorano in zone periferiche del territorio (Val Badia, Val Gardena, Renon) mentre 3 lavorano in città (Bolzano, Merano).

In questo studio viene considerata come periferia una zona di territorio distante almeno 20 km dal più vicino ospedale.

Sono state registrate tutte le richieste di visita domiciliare non programmata pervenute ai medici in un periodo di 3 mesi (1 ottobre 2015-31 dicembre 2015).

Sono state escluse dall'analisi le visite programmate che sono state conteggiate solamente nella valutazione del carico di lavoro complessivo dei medici.

Sono stati considerati solo i giorni lavorativi dal lunedì al venerdì, in quanto nel fine settimana e nei giorni festivi nella zona di Bolzano è attivo il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica), mentre nelle altre zone della Provincia è presente un medico di turno a rotazione.

Ai medici è stato consegnato un questionario da compilare dopo ogni visita domiciliare non programmata. Si tratta di un questionario creato appositamente per questo studio, nel quale si è cercato di inserire più informazioni possibili. Tra queste:

- giorno della settimana,
- fascia oraria della richiesta
- esecutore chiamata
- condizione sociale del paziente
- età paziente
- sesso
- autosufficienza
- quante volte il paziente richiede una visita domiciliare
- motivo della visita (riacutizzazione di malattia cronica, comparsa di nuovi sintomi in paziente con malattie croniche, comparsa di nuovi sintomi in paziente senza patologie croniche in anamnesi)
- sintomi riferiti dal paziente a momento della richiesta
- motivi per cui il paziente ritiene necessaria la visita al suo domicilio
- appropriatezza a priori della richiesta
- urgenza (non differibile, differibile, non urgenza)
- patologia riscontrata dal medico al termine della visita
- provvedimenti adottati al termine della visita (somministrazione farmaci, prescrizione nuovi farmaci temporanei, prescrizione visite specialistiche, ricovero immediato)
- durata della visita
- appropriatezza a posteriori
- informazioni aggiuntive riguardanti la vita del paziente acquisite durante la visita domiciliare

I dati sono stati trasformati in percentuale e analizzati comparando le frequenze attese delle risposte con le frequenze effettivamente registrate, mediante il test statistico Chi quadrato.

4. RISULTATI

In un periodo di 3 mesi (1 ottobre 2015-31 dicembre 2015) i 7 medici partecipanti allo studio hanno effettuato in totale 81 visite domiciliari non programmate (58 in periferia, 23 in città) che sono state analizzate in questo studio.

4.1. CARICO DI LAVORO TOTALE

Considerando che la media pazienti per medico è di circa 1500, la media delle visite domiciliari non programmate è stata di **0,9 visite/settimana/1500 pazienti**.

A questo numero vanno aggiunte anche le visite domiciliari programmate che risultano essere in media **4,1 visite/settimana/1500 pazienti**

N° VISITE DOMICILIARI NON PROGRAMMATE A SETTIMANA	0,9
N° VISITE DOMICILIARI PROGRAMMATE A SETTIMANA	4,1

4.2. ANALISI VISITE DOMICILIARI NON PROGRAMMATE TOTALI SENZA DISTINZIONE TRA CITTÀ E PERIFERIA

Vengono di seguito riportati i risultati espressi in percentuale dell'analisi delle 81 visite domiciliari non programmate (città + periferia).

1) GIORNO DELLA SETTIMANA

La maggior parte delle richieste avviene il lunedì (circa 30%) e il venerdì (25%), in minor misura nei restanti giorni della settimana.

Tale andamento è supportato dall'analisi statistica, che indica una differenza significativa comparando la percentuale delle frequenze attese nei 5 giorni ($\chi^2=10,585$, $gdl=4$, $p<0,05$), in particolare sia il lunedì che il venerdì si verificano più visite che in ciascuno degli altri 3 giorni della settimana ($p<0,03$).

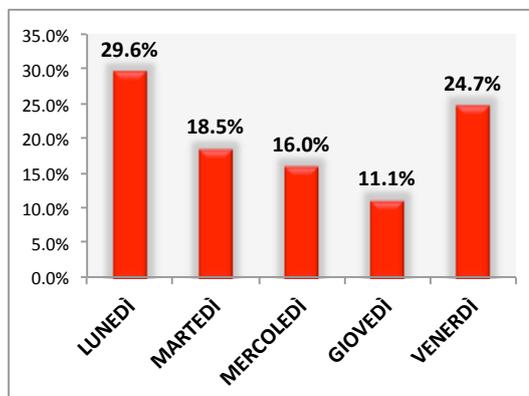


Figura 1: grafico giorno della settimana

2) FASCIA ORARIA

Le richieste sono distribuite in modo diverso nell'arco della giornata ($\chi^2=31,250$, $gdl=3$, $p<0,000001$) e vengono effettuate principalmente al mattino (45%, $p<0,0001$ rispetto a ciascuna altra fascia oraria) mentre in minor misura al pomeriggio. Durante la notte si ha la minor percentuale di visite, rispetto alle altre fasce orarie ($p<0,000001$).

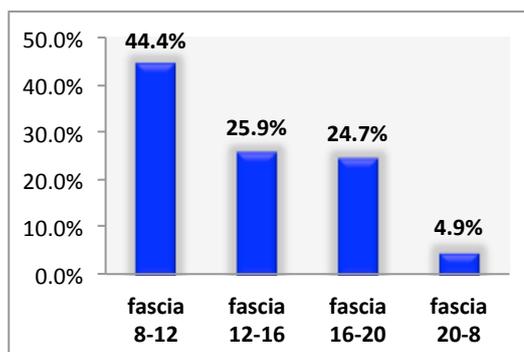


Figura 2: grafico fascia oraria della richiesta

3) ESECUTORE DELLA CHIAMATA

Nel 68% dei casi a chiamare e' un familiare mentre solo nel 24% dei casi e' il paziente stesso a richiedere l'intervento.

($\chi^2=57,067$, $gdl=2$, $p<0,000001$). Nell'ordine, i famigliari richiedono più visite dei pazienti stessi che a loro volta richiedono più visite dei non famigliari ($p<0,00004$).

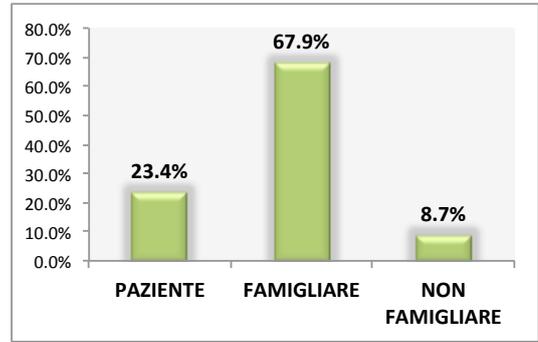


Figura 3: grafico esecutore della chiamata

4) CONDIZIONE SOCIALE DEL PAZIENTE

La maggioranza dei pazienti vive in un contesto familiare (86,4%).

Solo il 10% vivono da soli e il 3,7% in casa di riposo ($\chi^2=127,427$, $gdl=2$, $p<0,000001$).

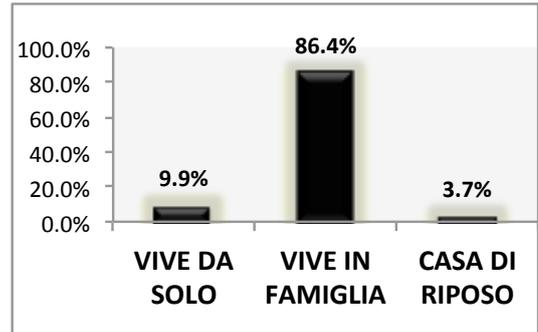


Figura 4: grafico condizione sociale paziente

5) ETÀ DEL PAZIENTE

Dal grafico si può notare che a richiedere l'intervento sono molto spesso persone di età superiore ai 65 anni (74%) mentre solo una piccola percentuale di richieste si verifica nelle fasce d'età inferiori ai 65 anni. Se si analizzano le 5 fasce d'età, si osserva che la % di chiamate è distribuita in maniera significativamente diversa ($\chi^2=48,767$, $gdl=4$, $p<0,000001$).

Se si confrontano i dati per pazienti con più o meno di 65 anni, si nota che le chiamate sono significativamente di più per i pazienti più anziani ($\chi^2=23,040$, $gdl=1$, $p<0,00002$).

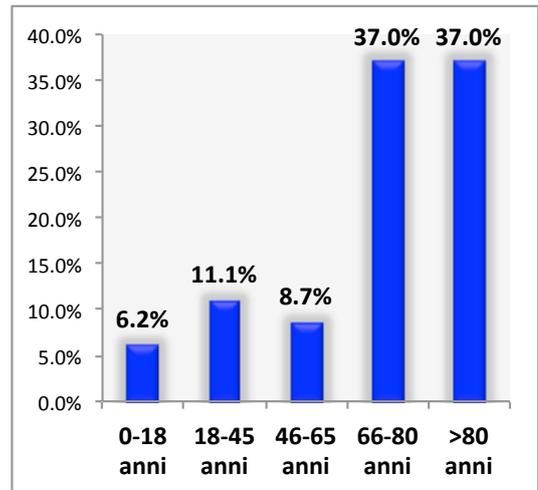


Figura 5: grafico età del paziente

6) SESSO

Vi e' una netta predominanza del sesso femminile (62%) rispetto al sesso maschile (38%)

($\chi^2=5,475$, $gdl=1$, $p<0,02$).

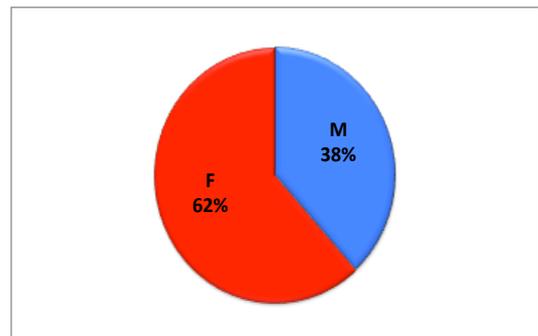


Figura 6: grafico sesso del paziente

7) AUTOSUFFICIENZA

La maggior parte dei pazienti e' autosufficiente (62%,) contro il 38% di persone non autosufficienti ($\text{Chi}^2=5,476$, $\text{gdl}=1$, $p<0,02$).

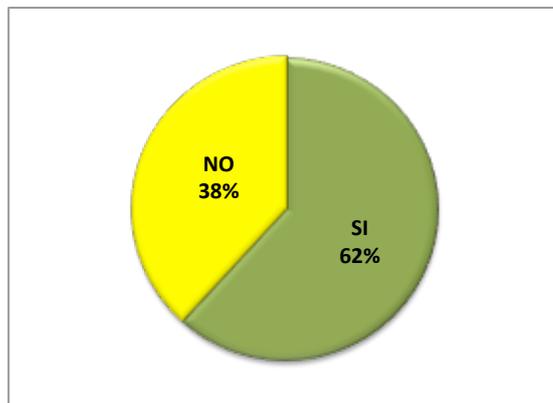


Figura 7: grafico autosufficienza paziente

8) NUMERO DI RICHIESTE DI VISITA DOMICILIARE ALL' ANNO

Nel 56,8% dei casi si tratta di pazienti che non richiedono quasi mai una visita domiciliare, mentre nel 27,2% dei casi richiedono in media 1-3 visite all' anno. Nel 16% più di 3 visite all' anno. ($\text{Chi}^2=26,689$, $\text{gdl}=2$, $<0,00002$)

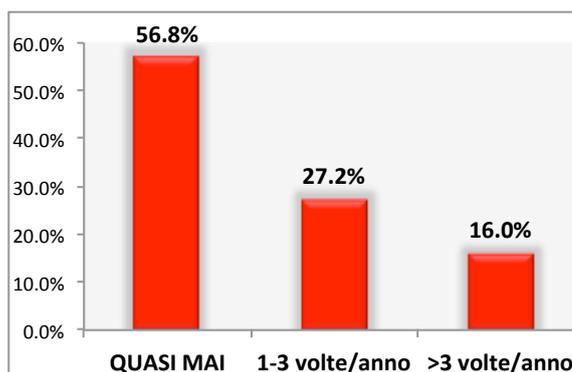


Figura 8: grafico numero richieste di visita da parte del paziente all' anno

9) MOTIVI DELLA RICHIESTA

La tipologia maggiormente presente riguarda la comparsa di nuovi sintomi in paziente cronico (45,7%). Nel 32,1% si tratta di pazienti senza alcuna patologia in anamnesi mentre nel 22,2% il motivo è un peggioramento di una malattia cronica ($\text{Chi}^2=8,361$, $\text{gdl}=2$, $p<0,02$).

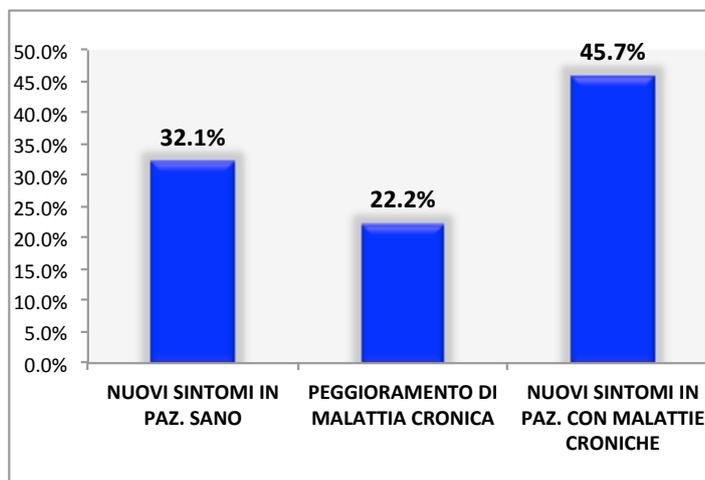


Figura 9: grafico motivo della richiesta

10) SINTOMI RIFERITI DAL PAZIENTE

Generalmente viene riferito più di un sintomo. Come si può vedere dal grafico sottostante il sintomo più frequente è la febbre (17,3%) seguito da astenia (8%), tosse (7,1%), dispnea (7,1%), vertigini (7,1%), dolore addominale (7,1%) e via via tutti gli altri.

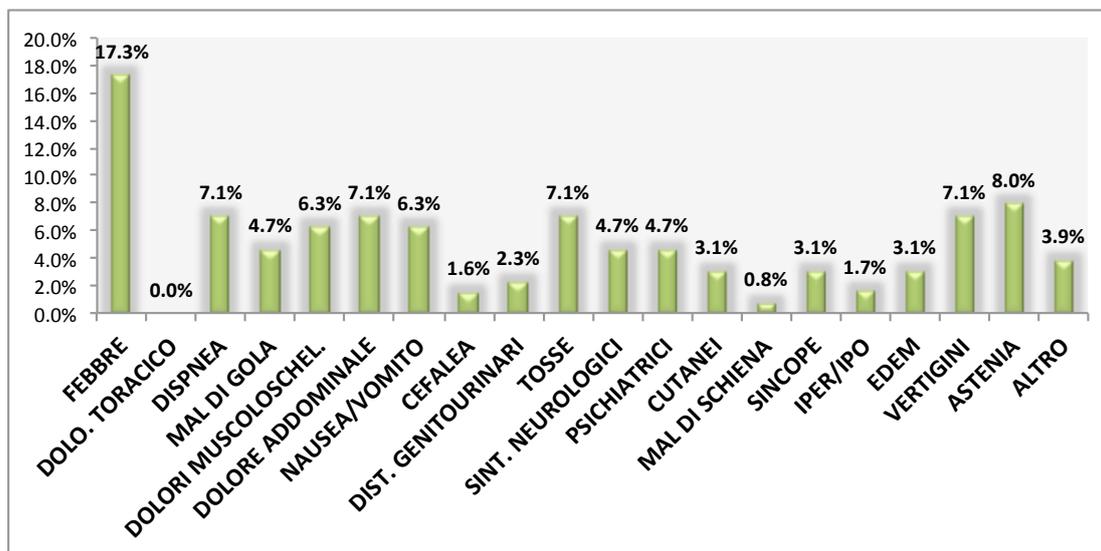


Figura 10: grafico sintomi riferiti dai pazienti

10/a) SINTOMI RIFERITI DAL PAZIENTE DIVISI PER SESSO

Vi sono differenze tra i sintomi riferiti dalle donne rispetto agli uomini. Mentre la febbre rimane il primo sintomo in entrambi i sessi, alcuni sintomi come vertigini, astenia, sincope sono tra i primi posti nel sesso femminile.

Tra gli uomini prevalgono invece i sintomi respiratori.

FEMMINE

1) FEBBRE	15,7%
2) VERTIGINI	11,4%
3) ASTENIA	11,4%
4) MAL DI GOLA	5,7%
5) DOL.ADDOMINALE	5,7%
6) NAUSEA/VOMITO	5,7%
7) SINCOPE	5,7%
8) TOSSE	5,7%

MASCHI

1) FEBBRE	19,3%
2) DISPNEA	10,5%
3) TOSSE	8,7%
4) DOL.ADDOMINALE	8,7%
5) DIST.NEUROLOGICI	8,7%
6) NAUSEA/VOMITO	7%
7) DOLORI MUSCOLOSCHEL.	7%
8) EDEMI ARTI INF.	5,2%

Figura 10/a: tabella sintomi riferiti dal paziente divisi per sesso

10/b) SINTOMI RIFERITI DAL PAZIENTE DIVISI PER ETÀ

Anche in questo caso si possono registrare differenze sostanziali se si considera l'età. Dalle tabelle sottostanti si può notare come fino ai 65 anni prevalgono sintomi relativi ad infezioni del tratto respiratorio come mal di gola e tosse e del tratto gastrointestinale (nausea, vomito, dolore addominale).

Nei pazienti di età superiore ai 65 anni prevalgono invece sintomi legati a malattie croniche come astenia, dispnea, disturbi neurologici, edemi agli arti inferiori.

ETÀ < 65 ANNI

1) FEBBRE	20%
2) MAL DI GOLA	12%
3) TOSSE	10%
4) VERTIGINI	8%
5) DOL. ADDOM	8%
6) NAUSEA/VOMITO	8%
7) DOLORI MUSCOLOSCHEL.	8%
8) CEFALEA	4%

ETÀ > 65 ANNI

1) FEBBRE	15,6%
2) ASTENIA	10,4%
3) DISPNEA	9,1%
4) NEUROLOGICI	7,8%
5) VERTIGINI	6,5%
6) DOL. ADDOM	6,5%
7) EDEMI ARTI INF.	5,2%
8) DOLORI MUSCOLOSCHEL.	5,2%

Figura 10/b: tabella sintomi riferiti dai pazienti secondo l'età

11) MOTIVI PER CUI IL PAZIENTE RITIENE NECESSARIA LA VISITA AL SUO DOMICILIO

1) Il paziente ritiene che la sua condizione clinica necessiti di un intervento di emergenza	14,8%
2) Il paziente ritiene che la sua condizione clinica non gli permetta di recarsi in ambulatorio, nemmeno con l'aiuto di altri	37%
3) Il paziente ritiene che la sua condizione clinica non gli permetta di recarsi di propria forza in ambulatorio, pur essendo trasportabile	23,4%
4) Difficoltà a spostare il paziente (per motivi sanitari, es. paziente allettato, non in grado di deambulare, trasportabile solo con ausilii o ambulanza)	21%
5) Difficoltà a spostare il paziente (per motivi non sanitari, il paziente vive da solo e non ha la patente/auto, paziente anziano che non riesce a venire in ambulatorio)	3,1%

Figura 11: tabella motivi per cui il paziente ritiene necessaria una visita al suo domicilio

12) APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA A PRIORI

La maggior parte delle richieste risulta essere **appropriata** (78%, $\chi^2=36,859$, gdl=3, $p<0,000001$).

Di queste il 39,5 % risultano appropriate per motivi clinici, e il 38,3% per motivi logistici, ovvero legati alla difficoltà nel trasportare il paziente in ambulatorio.

Il **22%** delle richieste risulta **NON appropriata**.

Di queste, nel 19,7% si ritiene che il paziente possa essere trasportato in ambulatorio anche se con assistenza, mentre nel 2,3% dei casi sono considerate assolutamente non appropriate, ovvero il paziente potrebbe venire senza problemi in ambulatorio.

TOT.VISITE APPROPRIATE di cui:	78%
PER MOTIVI CLINICI	39,5%
PER MOTIVI LOGISTICI	38,3%
TOT. VISITE <u>NON</u> APPROPRIATE di cui:	22%
NON APPROPRIATA. PAZIENTE TRASFERIBILE ANCHE SE CON ASSISTENZA	19,7%
ASSOLUTAMENTE NON APPROPRIATA. IL PAZIENTE POTREBBE SENZ' ALTRO VENIRE ANCHE DA SOLO IN AMBULATORIO	2,3%

Figura 12: tabella appropriatezza della richiesta a priori

12a) APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA A PRIORI DIVISA PER ETÀ

Dalle tabelle sottostanti si può notare come nella fascia d'età < 65 anni le richieste di visita domiciliare considerate appropriate sono meno della metà (47,6%) in quanto il paziente viene comunque considerato in grado di venire in ambulatorio. Nella fascia d'età > 65 anni le richieste appropriate sono quasi il 90%, anche se nella maggior parte dei casi e' dovuto più alla difficoltà a spostare il paziente che non per motivi clinici.

ETÀ < 65 ANNI

TOT. VISITE APPROPRIATE	47,6%
di cui:	
1) PER MOTIVI CLINICI	38,1%
2) PER MOTIVI LOGISTICI	9,5%
TOT. VISITE <u>NON</u> APPROPRIATE	52,4%
di cui:	
3) <u>NON</u> APPROPRIATA. PAZIENTE TRASFERIBILE ANCHE SE CON ASSISTENZA	47,6%
4) ASSOLUTAMENTE <u>NON</u> APPROPRIATA, IL PAZIENTE POTREBBE SENZ' ALTRO VENIRE ANCHE DA SOLO IN AMBULATORIO	4,8%

ETÀ > 65 ANNI

TOT. VISITE APPROPRIATE	89,8%
di cui:	
1) PER MOTIVI CLINICI	41,5%
2) PER MOTIVI LOGISTICI	48,3%
TOT. VISITE <u>NON</u> APPROPRIATE	10,2%
di cui:	
3) <u>NON</u> APPROPRIATA. PAZIENTE TRASFERIBILE ANCHE SE CON ASSISTENZA	8,4%
4) ASSOLUTAMENTE <u>NON</u> APPROPRIATA, IL PAZIENTE POTREBBE SENZ' ALTRO VENIRE ANCHE DA SOLO IN AMBULATORIO	1,7%

Figura 12/a: tabella appropriatezza della richiesta divisa per età

13) URGENZA VALUTATA DAL MEDICO AL MOMENTO DELLA RICHIESTA

Nella maggior parte dei casi si tratta di urgenze differibili (66,6%, $\text{Chi}^2=49,871$, $\text{gdl}=2$, $p<0,000001$), nel 16,1% di non urgenze mentre solo nel 17,3% urgenze non differibili.

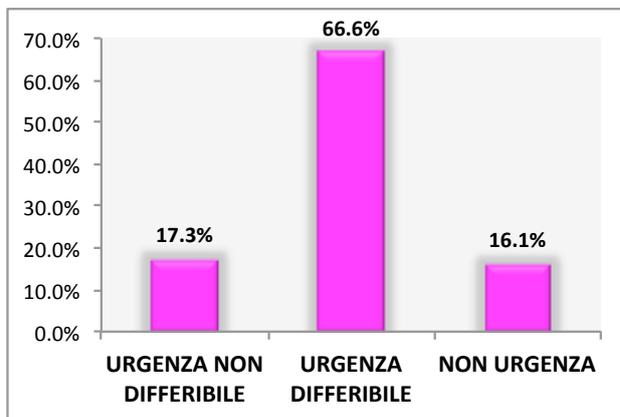


Figura 13: grafico urgenza valutata dal medico al momento della richiesta

14) MALATTIA DIAGNOSTICATA DAL MEDICO DURANTE LA VISITA

Al primo posto troviamo le patologie respiratorie (21,7%), seguite dalle patologie cardiovascolari (14,5%).

Frequenti anche le patologie dell'apparato gastrointestinale (13,2%) e le patologie neurologiche e psichiatriche (10,8% e 9,6% rispettivamente).

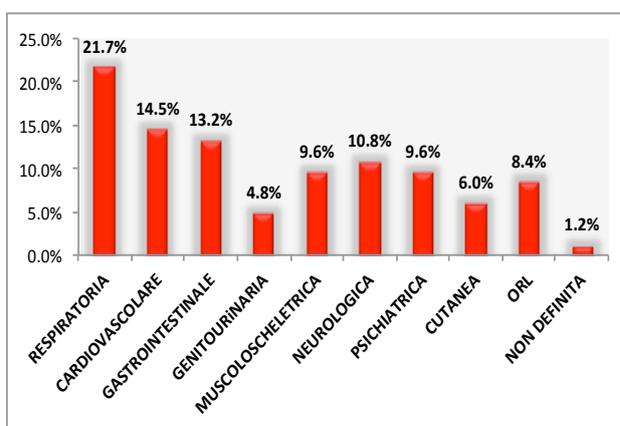


Figura 14: grafico malattia diagnostica dal medico durante la visita

15) PROVVEDIMENTI ADOTTATI DURANTE LA VISITA

Generalmente viene preso più di un provvedimento durante la stessa visita.

Nella maggior parte dei casi (42,1%) vengono prescritti nuovi farmaci temporanei.

($\text{Chi}^2=49,161$, $\text{gdl}=5$, $p<0,000001$)

Nel 16,7% dei casi vengono somministrati farmaci durante la visita.

Nell' 11,8% dei casi viene modificata la terapia cronica del paziente.

Nel 10,8% dei casi vengono prescritte visite specialistiche mentre nell' 11,8% delle visite non viene preso nessun provvedimento.

Il ricovero immediato in ospedale avviene solo nel 7% delle visite.

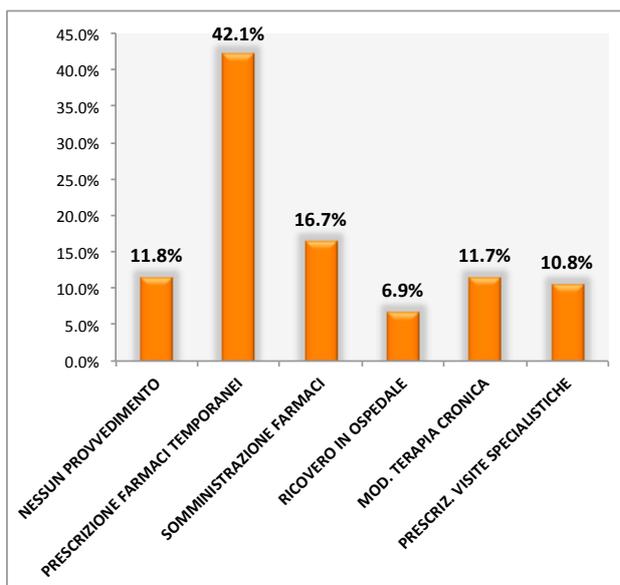


Figura 15: grafico provvedimenti adottati al termine della visita

16) DURATA DELLA VISITA

Nel 55,5% dei casi la visita ha una durata inferiore ai 30 minuti ($\chi^2=35,355$, $gdl=2$, $p<0,000001$).

Nel 37% ha una durata tra i 30 e 60 minuti mentre solo nel 7,4% dei casi dura più di un' ora.

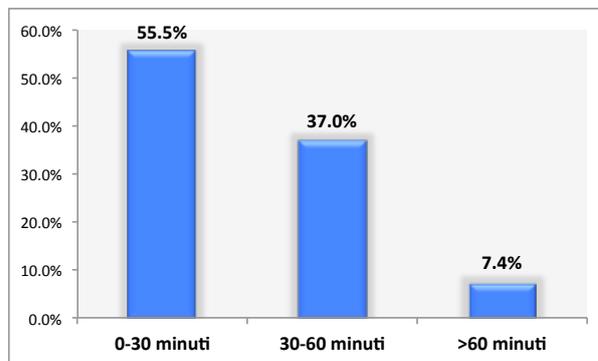


Figura 16: grafico durata della visita

17) APPROPRIATEZZA VISITA A POSTERIORI

Vi e' un' elevata concordanza tra l' appropriatezza valutata al momento della richiesta e quella riscontrata al termine della visita.

Infatti l' appropriatezza a posteriori risulta essere del 75%, un valore lievemente inferiore al 78% riscontrato a priori.

Questo e' dovuto al fatto che alcune richieste considerate a priori appropriate per motivi logistici vengono poi considerate inappropriate in quanto il paziente avrebbe potuto recarsi in ambulatorio.

TOT. VISITE APPROPRIATE	75,3%
di cui:	
1) PER MOTIVI CLINICI	44,4%
2) PER MOTIVI LOGISTICI	30,9%
TOT. VISITE <u>NON</u> APPROPRIATE	24,7%
di cui:	
3) <u>NON</u> APPROPRIATA. PAZIENTE TRASFERIBILE ANCHE SE CON ASSISTENZA	22,2%
4) ASSOLUTAMENTE <u>NON</u> APPROPRIATA,IL PAZIENTE POTREBBE SENZ' ALTRO VENIRE ANCHE DA SOLO IN AMBULATORIO	2,5%

Figura 17: tabella appropriatezza visita a posteriori

18) INFORMAZIONI AGGIUNTIVE RIGUARDANTI LA VITA DEL PAZIENTE

Solo nel 14,8% la visita domiciliare e' utile per conoscere meglio le abitudini di vita del paziente, come l' ambiente dove vive e il contesto familiare.

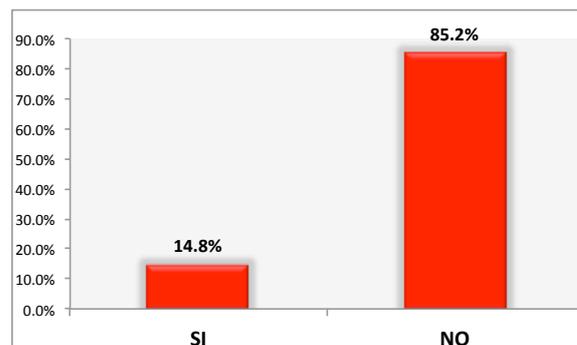


Figura 18: grafico informazioni aggiuntive riguardanti la vita del paziente acquisite durante la visita

4.3 ANALISI VISITE DOMICILIARI NON PROGRAMMATE: CONFRONTO TRA CITTÀ E PERIFERIA

In totale sono state effettuate 58 visite in periferia e 23 in città. Considerando che la media di pazienti per medico è di circa 1500, in questo studio si è visto che in città vengono effettuate in media **0,5 visite domiciliari non programmate /settimana/1500 pazienti**. Nelle zone periferiche vengono effettuate in media **1,25 visite domiciliari non programmate/settimana/1500 pazienti**.

	CITTÀ	PERIFERIA
NUMERO MEDIO DI VISITE DOMICILIARI NON PROGRAMMATE/ SETTIMANA/ 1500 PAZIENTI	0,5	1,25

Di seguito vengono confrontati i risultati ottenuti in città e periferia. Tutti i valori sono espressi in percentuale.

1) GIORNO DELLA SETTIMANA

In città la percentuale di richieste è massima ad inizio settimana e tende a diminuire progressivamente con un lieve aumento in prossimità del weekend.

In periferia prevalgono nettamente le richieste il lunedì e il venerdì.

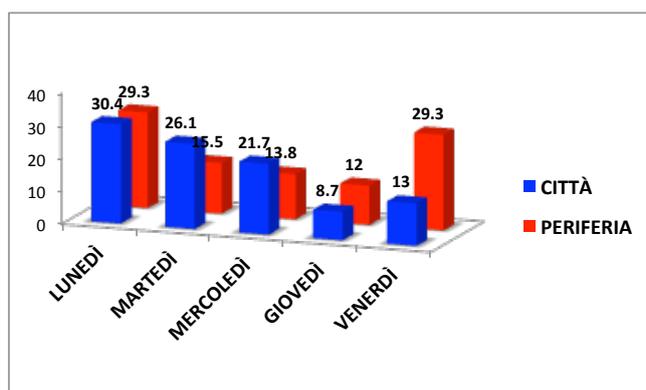


Figura 1: confronto città-periferia, grafico giorno della settimana

2) ORA DELLA RICHIESTA

Mentre in città la maggior parte delle richieste avviene al mattino, in periferia le richieste sono distribuite uniformemente durante la giornata.

Nelle ore notturne si verificano poche richieste.

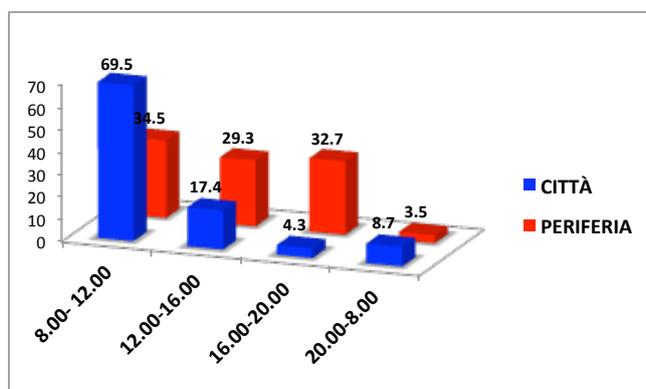


Figura 2: confronto città-periferia, grafico fascia oraria della richiesta

3) CONDIZIONE SOCIALE PAZIENTE

Sia in città che in periferia la maggior parte dei pazienti vive in ambito familiare. Tuttavia in città vi è un maggior numero di persone che vivono da sole.

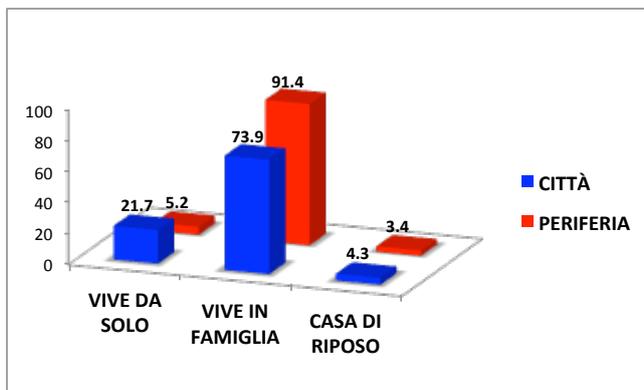


Figura 3: confronto città-periferia, grafico condizione sociale paziente

4) ESECUTORE CHIAMATA

Non vi sono differenze per quanto riguarda l' esecutore della chiamata. In città e in periferia la chiamata e' effettuata nel 70% dei casi da un familiare.

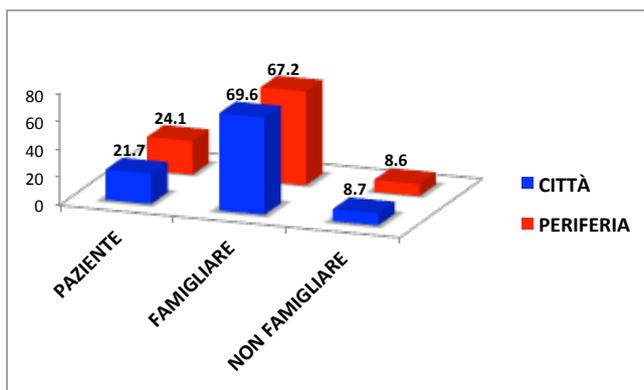


Figura 4: confronto città-periferia, grafico esecutore chiamata

5) ETÀ DEL PAZIENTE

Sia in città che in periferia prevalgono nettamente i pazienti con età superiore ai 65 anni. La percentuale è però maggiore in città (87% vs 69%). In periferia invece sono maggiori le richieste di pazienti di età inferiore ai 65 anni rispetto alla città (30% vs 13%).

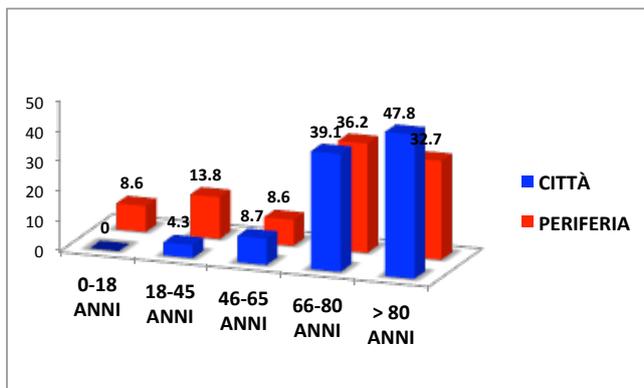


Figura 5: confronto città periferia, grafico età del paziente

6) SESSO

Non vi sono differenze per quanto riguarda il sesso del paziente. In entrambe le zone prevale il sesso femminile.

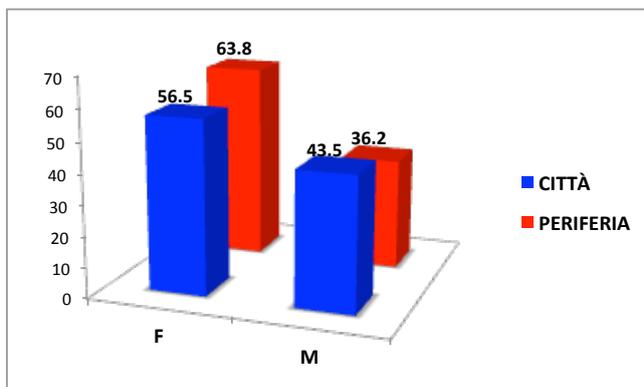


Figura 6: confronto città-periferia, grafico sesso del paziente

7) AUTOSUFFICIENZA

Anche in questo caso non vi sono differenze. Prevalgono in entrambe le zone i pazienti autosufficienti.

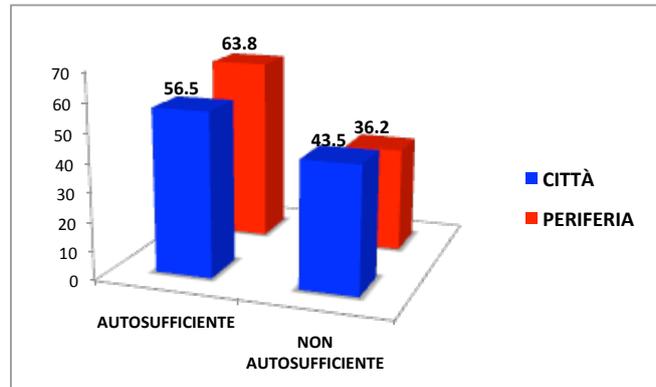


Figura 7: confronto città-periferia, grafico autosufficienza paziente

8) NUMERO DI RICHIESTE DI VISITA DOMICILIARE ALL' ANNO

Anche in questo caso non vi sono grosse differenze. Sia in città che in periferia la maggior parte dei pazienti richiede una visita domiciliare solo raramente.

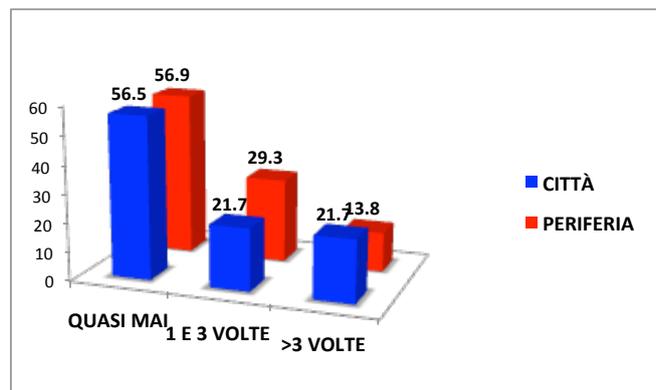


Figura 8: confronto città-periferia, grafico numero di richieste di visita del paziente all' anno

9) MOTIVO DELLA RICHIESTA

In periferia, in più della metà dei casi il motivo è dato dalla comparsa di nuovi sintomi in pazienti con malattie croniche, mentre in città sono maggiori le richieste da parte di pazienti che non hanno nessuna malattia particolare in anamnesi.

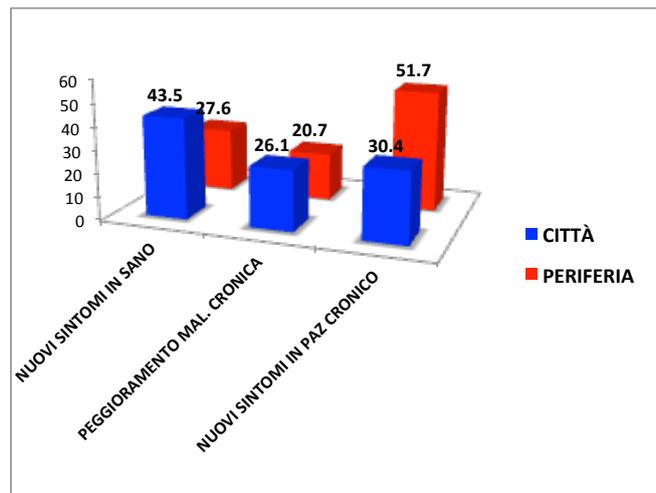


Figura 9: confronto città periferia, grafico motivo della richiesta

10) MOTIVI PER CUI IL PAZIENTE RITIENE NECESSARIA UNA VISITA AL SUO DOMICILIO

Sia in città che in periferia, nella maggior parte dei casi i pazienti ritengono necessaria la visita domiciliare in quanto la loro condizione clinica non gli permette di recarsi in ambulatorio, nemmeno con l' aiuto di altri.

Figura 10: tabella motivi per cui il paziente ritiene necessaria una visita al suo domicilio

1) Il paziente ritiene che la sua condizione clinica necessiti di un intervento di emergenza	17,4%	13,8%
2) Il paziente ritiene che la sua condizione clinica non gli permetta di recarsi in ambulatorio, nemmeno con l' aiuto di altri	39,1%	36,2%
3) Il paziente ritiene che la sua condizione clinica non gli permetta di recarsi di propria forza in ambulatorio, pur essendo trasportabile	13%	27,6%
4) Difficoltà a spostare il paziente (per motivi sanitari, es. paziente allettato, non in grado di deambulare, trasportabile solo con ausili o ambulanza)	21,7%	20,7%
5) Difficoltà a spostare il paziente (per motivi non sanitari, il paziente vive da solo e non ha la patente/auto, paziente anziano che non riesce a venire in ambulatorio)	8,7%	1,7%

11) APPROPRIATEZZA A PRIORI

Non vi sono grosse differenze per quanto riguarda l' appropriatezza a priori. In entrambe le zone prevalgono le richieste appropriate (circa 78%).

In periferia prevalgono tuttavia le richieste appropriate per motivi logistici.

CITTÀ

TOT. VISITE APPROPRIATE	78,2%
di cui:	
1) PER MOTIVI CLINICI	43,5%
2) PER MOTIVI LOGISTICI	34,8%
TOT. VISITE <u>NON</u> APPROPRIATE	21,8%
di cui:	
3) <u>NON</u> APPROPRIATA. PAZIENTE TRASFERIBILE ANCHE SE CON ASSISTENZA	21,8%
4) ASSOLUTAMENTE <u>NON</u> APPROPRIATA,IL PAZIENTE POTREBBE SENZ' ALTRO VENIRE ANCHE DA SOLO IN AMBULATORIO	0%

PERIFERIA

TOT. VISITE APPROPRIATE	77,6%
di cui:	
1) PER MOTIVI CLINICI	37,9%
2) PER MOTIVI LOGISTICI	39,7%
TOT. VISITE <u>NON</u> APPROPRIATE	22,4%
di cui:	
3) <u>NON</u> APPROPRIATA. PAZIENTE TRASFERIBILE ANCHE SE CON ASSISTENZA	19%
4) ASSOLUTAMENTE <u>NON</u> APPROPRIATA,IL PAZIENTE POTREBBE SENZ' ALTRO VENIRE ANCHE DA SOLO IN AMBULATORIO	3,4%

Figura 11: confronto città-periferia, tabella appropriatezza a priori

12) URGENZA VALUTATA DAL MEDICO AL MOMENTO DELLA RICHIESTA

In entrambi i casi l'urgenza della richiesta viene valutata come differibile.

In periferia è maggior il numero di urgenze non differibili (20,7% vs 8,7%).

In città è maggiore il numero di richieste valutate come non urgenti (30,4% vs 10,3%)

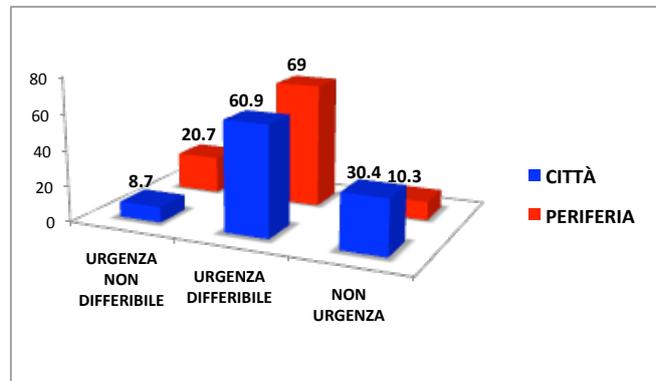


Figura 12: confronto città-periferia, grafico urgenza valutata dal medico al momento della richiesta

13) MALATTIE RISCONTRATE DAL MEDICO DURANTE LA VISITA

In periferia prevalgono le malattie respiratorie (21,6%) seguite da patologie cardiovascolari (16,7%) e neurologiche (13,3%).

Anche in città prevalgono le malattie respiratorie (33,3%) seguite da patologie muscoloscheletriche (18,5%) e gastrointestinali (14,8%).

CITTÀ

1) MALATTIE RESPIRATORIE	33,3%
2) MALATTIE MUSCOLOSCELETRICHE	18,5%
3) MALATTIE GASTROINTESTINALI	14,8%
4) MALATTIE CUTANEE	11,1%
5) MALATTIE PSICHIATRICHE	11,1%

PERIFERIA

1) MALATTIE RESPIRATORIE	21,6%
2) MALATTIE CARDIOVASCOLARI	16,7%
3) MALATTIE NEUROLOGICHE	13,3%
4) MALATTIE ORL	11,6%
5) MALATTIE GASTROINTESTINALI	11,6%

Figura 13: confronto città-periferia, tabella malattie riscontrate dal medico durante la visita

14) PROVVEDIMENTI ADOTTATI AL TERMINE DEL VISITA

Sia in città che in periferia nella maggior parte dei casi vengono prescritti nuovi farmaci temporanei.

Non vi sono per il resto sostanziali differenze.

Tuttavia si può notare che in città spesso non viene preso alcun provvedimento (19,2% vs 9,2%).

Un altro dato interessante è quello riguardante i ricoveri. In periferia il 7,9% delle visite termina con il ricovero del paziente in ospedale, mentre in città solo nel 3,9% dei casi.

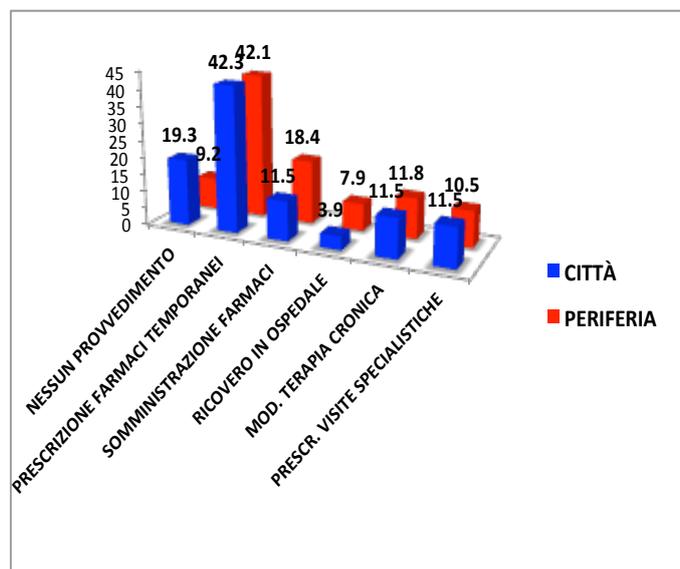


Figura 14: confronto città-periferia, grafico provvedimenti adottati dal medico al termine della visita

15) DURATA VISITA

Non vi sono grosse differenze per quanto riguarda la durata delle visite.

Sia in città che in periferia la maggior parte delle visite ha una durata inferiore ai 30 minuti.

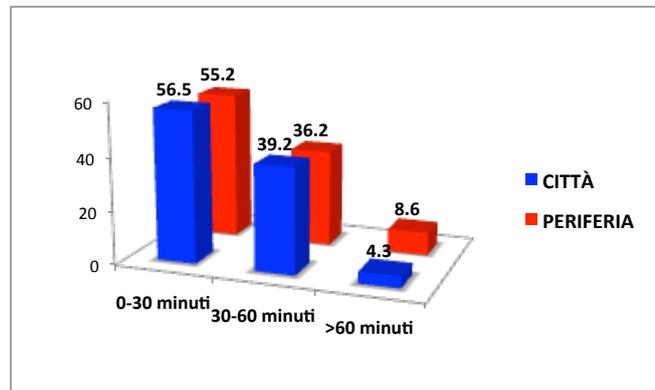


Figura 15: confronto città-periferia, grafico durata della visita

16) INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SUI PAZIENTI

Solo in una piccola percentuale di casi i medici acquisiscono informazioni aggiuntive riguardanti la vita del paziente (contesto familiare, stile di vita ecc.).

In città la percentuale è maggiore rispetto alla periferia (21,7% vs 12%).

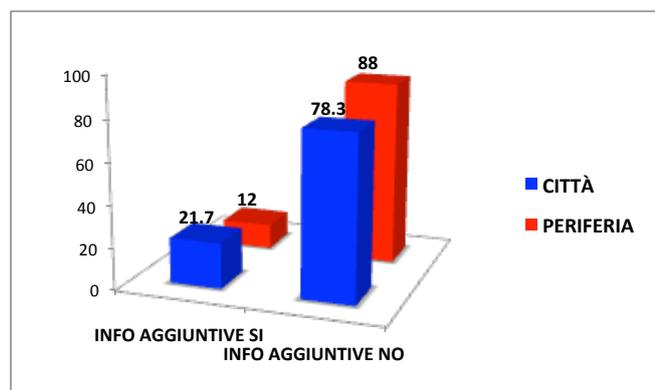


Figura 16: confronto città-periferia, grafico informazioni aggiuntive riguardanti la vita del paziente acquisite durante la visita

5. DISCUSSIONE

Come premessa va considerato che, visto il numero limitato di medici che hanno accettato di partecipare allo studio, il campione preso in esame non è rappresentativo e i risultati ottenuti non possono essere estesi a tutta la Provincia autonoma di Bolzano, nonostante si sia cercato di analizzare diverse zone della provincia.

Tuttavia considerata la mancanza di dati e di studi sul tema delle visite domiciliari sia in Alto Adige ma anche nel resto d' Italia, sono emersi dati interessanti sia sul profilo del paziente che richiede la visita sia sulle differenze tra città e periferia.

Studi internazionali in letteratura dimostrano come negli ultimi decenni vi sia stata in generale una notevole riduzione del numero di visite rispetto al passato [2,3,4]

Anche in questo studio, se andiamo ad analizzare il numero medio di visite domiciliari non programmate, si può notare che il numero risulta essere basso (**0,9 visite/settimana/1500 pazienti**) anche se vi è una notevole variabilità da medico a medico (da 1,9 a 0,4 visite a settimana).

Pur non sembrando un carico di lavoro eccessivo bisogna considerare che ogni medico effettua anche in media **4,1 visite domiciliari programmate/ settimana/1500 pazienti**.

Anche in questo caso vi è una notevole variabilità individuale variando il numero da 10 a 1 visita a settimana.

Questo elevato numero di visite domiciliari programmate è dovuto al progressivo aumento di pazienti anziani con malattie croniche che devono essere seguiti più frequentemente. Se da un lato l' attivazione dell' assistenza domiciliare programmata può ridurre le richieste di visite non programmate, soprattutto per quanto riguarda sintomi lievi legati a patologie croniche, dall' altro lato le visite non programmate continueranno ad aver un importante ruolo in caso di improvvisi e non prevedibili peggioramenti, dovuti spesso a malattie intercorrenti che possono complicare la malattia cronica di base.

Infatti in questo studio si è visto che, in virtù del progressivo invecchiamento della popolazione, un numero sempre maggiore di richieste viene da persone anziane, di sesso femminile, che molto spesso presentano una o più malattie croniche con frequente comparsa di sintomi che possono peggiorare rapidamente il quadro clinico e che quindi necessitano di un intervento immediato. Questo è confermato anche dal fatto che questi pazienti richiedono spesso una visita domiciliare (anche più di 3 volte all' anno). Inoltre si tratta frequentemente di pazienti che sono solo parzialmente autosufficienti e questo è dimostrato dal fatto che a richiedere la visita sono soprattutto i familiari.

Per quanto riguarda l' appropriatezza bisogna innanzitutto dire che la valutazione è molto soggettiva e varia molto da medico a medico. Tuttavia si è visto che a priori, ovvero al momento della richiesta, la maggior parte delle visite viene considerata appropriata (78%), in parte per motivi clinici, ma molto spesso anche solo per motivi logistici, ovvero legati alla difficile trasportabilità del paziente in ambulatorio.

Se si va a considerare la fascia d' età si è visto che l' appropriatezza della richiesta nei soggetti con età inferiore ai 65 anni risulta essere meno del 50% e questo è molto spesso dovuto al fatto che il paziente presenta sintomi non gravi e potrebbe comunque venire in ambulatorio anche se con assistenza. Nei pazienti anziani invece l' appropriatezza è vicina al 90% in quanto sono pazienti con comorbidità che spesso presentano quadri clinici in rapido peggioramento. Tuttavia bisogna dire che in questi pazienti la richiesta di visita viene valutata come appropriata non sempre per motivi clinici, ma più che altro per motivi logistici, in quanto frequentemente si tratta di pazienti allettati, o non completamente autosufficienti e quindi difficilmente trasportabili in ambulatorio. Per questo motivo il paziente deve essere comunque visitato al proprio domicilio anche se non presenta sintomi gravi.

Il lunedì e il venerdì si dimostrano i giorni in cui il numero di richieste è maggiore, questo potrebbe

essere dovuto al fatto che nel weekend, a Bolzano, è presente il servizio di continuità assistenziale (guardia medica) mentre nelle altre città della Provincia e in periferia è presente un medico di turno che molto spesso non è il proprio medico, e il paziente preferisce essere visitato dal proprio curante. Tende quindi ad anticipare la richiesta al venerdì in caso di iniziale comparsa dei sintomi o a posticiparla al lunedì in caso i sintomi insorgano durante il weekend.

Le richieste sono distribuite uniformemente durante la giornata ma sono più frequenti al mattino e questo può essere dovuto al fatto che i pazienti tendono a chiamare durante l'orario di apertura dell'ambulatorio. Questo comunque fa pensare che in molti di questi casi le richieste di visita non siano emergenze ma piuttosto legate a sintomi insorti durante la notte, o nei giorni precedenti.

Le richieste pervenute al medico durante la mattinata permettono comunque a quest'ultimo di pianificare i diversi impegni della giornata.

Altro dato interessante è il fatto che in tutte le fasce d'età molto spesso al momento della richiesta il medico non ha nessun rapporto diretto con il paziente in quanto la maggior parte delle chiamate è effettuata da un familiare. Questo è dovuto sicuramente al fatto che il paziente spesso presenta un quadro clinico tale che non gli permette di chiamare direttamente ma potrebbe anche essere dovuto più all'apprensione del familiare che non alla reale condizione clinica. In ogni caso, non parlando con il paziente, per il medico può risultare difficile valutare il reale quadro clinico.

Inoltre si è visto che generalmente il medico è in grado di gestire il paziente al suo domicilio, in quanto nella maggior parte dei casi (42%) vengono prescritti farmaci temporanei per trattare l'episodio acuto, mentre solo nel 10% dei casi viene modificata la terapia cronica. Il ricovero in ospedale si verifica solo nel 7% dei casi. Interessante notare come nell'11% dei casi non venga preso alcun provvedimento.

In città il numero delle visite non programmate risulta essere più basso rispetto alle zone periferiche (0,5 vs 1,25 visite/settimana/1500 pazienti). Questo può essere dovuto a diversi fattori. In città, le distanze ridotte e l'efficienza del trasporto pubblico possono facilitare il paziente nel raggiungere l'ambulatorio se non presenta sintomi gravi. Inoltre a Bolzano la presenza del servizio di continuità assistenziale nelle ore notturne, nei weekend e nei giorni prefestivi assorbe molte delle richieste. Altro parametro molto importante è la presenza nelle città del pronto soccorso. Molto spesso infatti i cittadini tendono a rivolgersi direttamente all'ospedale sia in presenza di sintomi gravi sia per motivi banali senza consultare il proprio medico curante. Inoltre in caso di urgenze il medico che riceve la richiesta di visita può decidere di attivare direttamente il 118 senza recarsi al domicilio del paziente.

In periferia invece, vista la lontananza del più vicino ospedale i pazienti tendono a rivolgersi sempre al medico curante che si reca comunque al domicilio anche in presenza di sintomi gravi, attivando poi eventualmente il 118.

Questa considerazione è supportata dal fatto che dai dati analizzati si è visto che in periferia sono più frequenti le urgenze non differibili gestite dal medico al domicilio del paziente (20,7% vs 8,7%), e come conseguenza anche la percentuale di ricoveri è doppia rispetto alla città (8% vs 4%).

Inoltre si è visto che, mentre in periferia le richieste sono distribuite uniformemente durante la giornata, in città la maggior parte delle richieste avviene al mattino calando poi progressivamente fino a sera. Questo può essere spiegato in parte dal fatto che se i sintomi insorgono nel tardo pomeriggio i pazienti aspettano le ore 20 per poi rivolgersi direttamente alla guardia medica (solo nella città di Bolzano).

In città è maggiore il numero di richieste da parte di persone di età superiore ai 65 anni rispetto alla periferia (87% vs 68%) e vi è un più alto numero di pazienti con più di 80 anni (48% vs 33%).

Inoltre in città sono più frequenti le richieste di visita da parte di pazienti senza nessuna patologia in anamnesi (43% vs 27%) mentre in periferia sono più frequenti le richieste da parte di pazienti con malattie croniche (51% vs 30%).

Non si è riscontrata nessuna differenza tra città e periferia per quanto riguarda l'appropriatezza della richiesta. In entrambe le zone la maggior parte delle richieste risultano comunque appropriate (78%).

Per quanto riguarda le patologie di più frequente riscontro in entrambe le zone prevalgono le malattie respiratorie, seguite, in città, da patologie muscoloscheletriche e gastrointestinali, mentre in periferia da patologie cardiovascolari e neurologiche. Solo in un numero limitato di visite i medici affermano di aver acquisito informazioni aggiuntive riguardanti la vita dei propri assistiti che possono aiutare il medico a migliorare l'assistenza nei confronti di questi pazienti. In città questo avviene in quasi il doppio dei casi rispetto alla periferia (21,7% vs 12%). Questo può essere spiegato dal fatto che in città vi è un maggior numero di richieste da parte di pazienti senza patologie croniche, che il medico vede solo raramente, mentre in periferia si tratta spesso di pazienti con malattie croniche presso i quali il medico si è già recato più volte e che quindi conosce già.

6. CONCLUSIONI

In questo studio si è rilevato un basso numero di visite domiciliari non programmate (in media 0,9 visite a settimana per medico) rispetto alle visite programmate (in media 4,1 visite a settimana).

Solitamente a chiamare è un familiare di un paziente anziano, di sesso femminile, che vive in un contesto familiare, che presenta malattie croniche e che non è completamente autosufficiente. La richiesta è dovuta spesso a malattie intercorrenti non sempre collegate alla malattia cronica di base.

Le richieste risultano essere generalmente appropriate (78%) e vengono definite come urgenze differibili (66,6%). Le patologie di più frequente riscontro sono le malattie respiratorie (21,7%) e cardiovascolari (14,5%).

Il medico molto spesso riesce a gestire il paziente a domicilio spesso con prescrizione di farmaci temporanei mentre il ricovero in ospedale si verifica solamente nel 7% dei casi.

Le visite domiciliari in periferia sono più frequenti (in media 1,25 visite a settimana per medico) rispetto a quelle effettuate in ambito cittadino (in media 0,5 visite a settimana per medico). Questo è probabilmente dovuto ad una diversa struttura di assistenza sanitaria tra le due zone, come ad esempio la presenza del pronto soccorso nelle principali città e del servizio di continuità assistenziale a Bolzano.

Considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, con sempre più pazienti affetti da malattie croniche, e il graduale spostamento dell'assistenza sanitaria a livello territoriale, è probabile che nei prossimi anni vi sarà un incremento del numero di visite domiciliari, sia programmate che non programmate.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1) Mattke , Han, Wilks, Sloss. Medicare Home Visit Program Associated With Fewer Hospital And Nursing Home Admissions, Increased Office Visits. *Health Aff (Millwood)*. 2015 Dec 1;34(12):2138-46
- 2) Joyce C, Piterman L. Trends in GP home visits. *Aust Fam Physician*. 2008 Dec;37(12):1039-42.
- 3) Cunney A, O'Kelly FD. Housecalls in general practice. *Ir Med J*. 2012 Jun;105(6):170-1.
- 4) Michael J van den Berg, Mieke Cardol, Frans JM Bongers, Dinny H de Bakker. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Fam Pract*. 2006; 7: 58.