

Telemedicina: scelta obbligata o opportunità offerta dalla pandemia?

Giuseppe Magazzù

Professore Ordinario fuori ruolo, Università di Messina

La pandemia di Covid-19, esplosa in poche settimane, ha indotto una rapida adozione di soluzioni digitali per consentire di far continuare le attività di varie aziende e quelle nell'ambito dell'istruzione e della formazione, laddove il mondo della salute per la gran parte si è trovato a fronteggiare questa crisi con modalità di cure tradizionali [1]. Nell'ambito pediatrico italiano le opportunità offerte dalla telemedicina sono state tempestivamente segnalate già a fine marzo [2], dettate dall'insorgenza della pandemia e sollecitate da esperienze fatte in diabetologia con lo sviluppo tecnologico, che ha limitato la necessità di visite periodiche di persona in ospedale.

In realtà in Italia, e in pediatria in particolare, sebbene in alcuni ospedali come il Bambino Gesù di Roma sia stata istituita un'unità di telemedicina, le esperienze – come affermato dal Ministero della Salute nelle Linee d'indirizzo nazionali sulla telemedicina del 2019 – “si riconducono a sperimentazioni, prototipi, progetti, caratterizzati da casistica limitata e elevata mortalità dell'iniziativa”. Per tale motivo il Ministero auspica “il passaggio da una logica sperimentale a una logica strutturata di utilizzo diffuso dei servizi”.

Questo è stato realizzato dalla Regione Toscana con la delibera 464 del 6 aprile 2020, allo scopo “di fornire alle Aziende Sanitarie indicazioni omogenee e condivise in merito alle modalità attuative e gestionali per la effettuazione delle attività di Televisita e di Teleconsulto”, disciplinando con l'allegato A la tracciabilità delle stesse attività e il loro riconoscimento e prevedendo l'applicazione “delle azioni di prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della compartecipazione alla spesa relativamente alle prestazioni indicate”. La replica di quanto fatto in Toscana potrebbe far diventare un'opportunità quello che l'emergenza ha obbligato a fare, applicando ai malati cronici quanto il Ministero aveva previsto già come linee d'indirizzo. Ci sono, però, due aspetti da considerare a questo riguardo.

Il primo concerne la verifica che l'efficacia delle cure a distanza sia “non inferiore” ma senza pretendere che sia “superiore” a quelle tradizionali (che non devono sostituire ma esserne complementari) laddove le misure di esito siano quelle scelte dai ricercatori, come normalmente si fa. Ci sono, infatti, altre misure di esito che il più spesso non sono prese in considerazione che sono quelle scelte dalle persone con malattia completamente differenti da quelle dei ricercatori, che concernono la qualità di vita e misure quale il tempo delle cure risparmiato per godere della vita, che si misurano diversamente e che sono il più spesso quelle che stanno a cuore a una persona con malattia cronica. Questo è vero per varie malattie, ed è esemplificato dalla fibrosi cistica per la quale è stato già segnalato che le priorità della ricerca non sono per niente sovrapponibili quando si comparano quelle indicate dai ricercatori e quelle dei malati [3]. In questa malattia, gli effetti della telemedicina sono stati valutati in uno studio controllato [4] e i ricercatori concludevano che la telemedicina non induceva vantaggi sulla spirometria. Questo studio, tuttavia, non era stato disegnato per dimostrare la “non inferiorità” rispetto alla tradizionale misura di esito costituita dalla funzione respiratoria, come sarebbe stato auspicabile. Laddove altre misure di esito concernenti la vita dei malati e delle loro famiglie (per esempio il tempo impiegato per raggiungere il centro, i costi, inclusi quelli indiretti, la perdita di attività della vita altrimenti svolte) queste avrebbero potuto dimostrare un vantaggio.

Il secondo aspetto nelle possibili nuove organizzazioni delle cure riguarda il pediatra e il medico di famiglia. I medici operanti nelle cure primarie non solo hanno segnalato per primi la rivoluzione nelle modalità di cure indotta dal coronavirus [1], ma si erano chiesti in precedenza quale fosse la loro percezione di adeguatezza e di gradimento di un loro maggiore coinvolgimento nella co-gestione dei malati cronici tramite sistemi di teleconsulto [5]. Sebbene i medici in questo studio avessero prevalentemente la sensazione che questo sistema di consultazione deviasse il carico del lavoro specialistico su di loro, ritenevano che valesse la pena di fare il tentativo di migliorare la tempestività dell'assistenza e le loro competenze nelle cure specialistiche, anche se alcuni si dicevano “frustrati dall'ampliamento delle loro responsabilità”.

In un dibattito [6] sulle opportunità e le sfide che poneva la telemedicina nella cura del diabete giovanile, questa veniva ritenuta dagli autori inadeguata a fornire i dati, soprattutto obiettivi, dei quali un centro necessita per aggiustare il trattamento. Non è chiaro perché si pensi che le rilevazioni previste dalle linee guida non facciano parte del bagaglio, di base o da acquisire, del pediatra di famiglia. Peculiarità della patologia potrebbero essere apprese in corsi ad hoc, verificando poi che quanto appreso e applicato nella pratica clinica si traduca in benefici per i malati presi in cura. La verifica del cambiamento dei comportamenti dei medici dovrebbe costituire la misura di esito primaria di eventi formativi. In tal senso va anche un'iniziativa intrapresa da Cristina Maggio a Palermo [7] per il possibile coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nella cura di malati cronici in smart working. Questa e altre iniziative nel frattempo avviate testimoniano il ripensamento in atto per trasformare un'emergenza in un'opportunità di nuovi modelli di organizzazione delle cure. Questi potranno risultare più efficaci, laddove le misure di esito non saranno (solo) quelle in genere adottate dai clinici ma anche e soprattutto quelle che stanno a cuore alle persone con malattia, in studi eseguiti nell'interesse della salute degli individui e delle comunità.

✉ magazzug@unime.it

1. Mehrotra A, Ray K, Brockmeyer DM, et al. Rapidly Converting to “Virtual Practices”: Outpatient Care in the Era of Covid-19. *NEJM Catal.* April 1;2020.
2. Tornese G, Scaramuzza A, Schiaffini R. Telemedicina ai tempi del Coronavirus. *Medico e Bambino* 2020;3:142.
3. Buzzetti R, Galici V, Cirilli N, et al. Defining research priorities in cystic fibrosis. Can existing knowledge and training in biomedical research affect the choice? *J Cyst Fibros.* 2019;18:378-81.
4. Lechtzin N, Mayer-Hamblett N, West NE, et al. Home Monitoring of Patients with Cystic Fibrosis to Identify and Treat Acute Pulmonary Exacerbations. *eICE Study Results.* *Am J Respir Crit Care Med.* 2017 Nov 1;196(9):1144-51.
5. Lee MS, Ray KN, Mehrotra A, et al. Primary Care Practitioners' Perceptions of Electronic Consult Systems. A Qualitative Analysis. *JAMA Intern Med.* 2018 Jun;178(6):782-9.
6. Di Bartolo P, Nicolucci A, Cherubini V, et al. Young patients with type 1 diabetes poorly controlled and poorly compliant with self-monitoring of blood glucose: can technology help? Results of the i-NewTrend randomized clinical trial. *Acta Diabetologica* 2017;54:393-402.
7. <https://docs.google.com/forms/d/1ux1PeRbTPGKC5NXAuECclRu-BoUDnxUBTRQ99TuVHNHs/edit>.