

Capitolo 11

Telemedicina e MMG

Germano Bettoncelli

Medico di Medicina Generale

Coordinatore Nazionale Area Pneumologica SIMG, Ospitaletto, Brescia

Per tradizione il medico di famiglia ha sempre operato solo, isolato dai colleghi e dalle altre figure del mondo sanitario, uso a condividere con i propri pazienti una relazione molto ricca sul piano dell'umanità e dell'esperienza, ma priva o quasi di dotazione tecnologica. Anche per questo il Medico di Medicina Generale (MMG) tende a privilegiare un approccio ai problemi di tipo empirico, generando processi di cura nei quali il ricorso all'utilizzo della diagnostica strumentale è sempre stato decisamente modesto. Per contro negli ultimi anni importanti trasformazioni sono intervenute anche nel mondo della medicina generale: l'informatizzazione si è estesa a quasi a tutto il settore, le forme associative sono andate progressivamente aumentando, i momenti di incontro e di scambio, per esempio durante i corsi di aggiornamento obbligatorio, sono diventati normale routine. Inoltre recentemente, grazie alla diffusione dell'e-health, le aziende sanitarie sono in grado di attuare un maggior controllo sull'attività dei medici e sugli standard qualitativi delle cure erogate. La valutazione della qualità delle cure che i medici praticano è in realtà un processo complesso che può essere condotto secondo differenti parametri. Uno di questi è il grado di aderenza alle raccomandazioni contenute nelle principali linee guida relative a specifiche condizioni cliniche o nei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) definiti a livello locale. Le patologie respiratorie delle alte e basse vie aeree, in particolare quelle ad andamento cronico, sono gestite prevalentemente in medicina generale. In tale contesto le raccomandazioni delle linee guida non trovano grande seguito, come testimoniato dalla ancora bassa prevalenza di importanti patologie, dalle procedure diagnostiche in buona misura prive di conferme strumentali o di laboratorio e dalla gestione della terapia basata su una stadiazione ed un monitoraggio ancora per lo più empirici. In realtà la tecnologia mette oggi a disposizione anche del MMG un'ampia gamma di possibilità per migliorare l'assistenza dei propri pazienti, pur in presenza di alcuni fattori critici, tra cui la disponibilità di tempo, il mantenimento delle competenze necessarie per la gestione degli strumenti e per l'interpretazione dei risultati e, non secondaria, la disponibilità di risorse economiche per il loro acquisto. Da alcuni anni l'evoluzione in atto nel sistema sanitario ha favorito la creazione e la diffusione di reti telematiche che hanno agevolato grandemente la comunicazione tra gli operatori, consentendo di conseguenza il rapido trasferimento di grandi volumi di informazioni. Tra poco la possibilità di far circolare i dati dei pazienti attraverso il *patient summary* darà un ulteriore forte impulso proprio in questa direzione. La gestione elettronica dei dati dei pazienti infatti consente una miglior affidabilità e completezza delle informazioni sanitarie individuali, favorisce la continuità di cura tra operatori diversi e può contribuire alla riduzione degli errori umani. Grazie alla possibilità di un più preciso monitoraggio dei soggetti con fattori di rischio o con patologia già in atto si può puntare a migliorare la sorveglianza epidemiologica ed a creare le premesse per lo sviluppo di attività di audit clinico. Un'altra rilevante opportunità consiste nella

condivisione di dati clinici tra più operatori sanitari, sia nella gestione domiciliare del paziente che in quella ospedaliera, consentendo uno scambio di informazioni in tempo reale, utile tra l'altro ad evitare inutili e costose ripetizioni di accertamenti. Nell'ambito dello sviluppo di questi nuovi sistemi di cura una promettente applicazione della trasmissione elettronica dei dati è data dalla telemedicina.

Secondo l'OMS "La telemedicina è una particolare modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria che consente di fornire servizi di diagnosi ed assistenza medica integrata, eliminando i vincoli della distribuzione territoriale delle competenze, della distanza tra esperto ed utente e della dispersione temporale dell'intervento sul singolo assistito. Tale erogazione avviene quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni, al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura" (*Cpme. Cpme guidelines for telemedicine. Brussels, 2000*).

Diversi sono i campi nei quali l'applicazione della telemedicina può aiutare il MMG nel migliorare l'assistenza al paziente respiratorio. La sorveglianza della popolazione a rischio di patologie croniche ostruttive comporta un forte impegno in ragione della numerosità dei soggetti potenzialmente coinvolti. Poiché alla formulazione di un sospetto diagnostico deve far seguito la prescrizione di un esame spirometrico di conferma, se tali accertamenti dovessero ricadere esclusivamente sui servizi specialistici, ospedalieri o territoriali, questi rischierebbero di essere rapidamente saturati generando liste d'attesa impraticabili. Utilizzando determinati criteri di selezione, il MMG può individuare i soggetti da sottoporre ad una prima indagine spirometrica da effettuare nel proprio studio (office spirometry). La vicinanza, l'estensione nel tempo del rapporto e la conoscenza diretta della popolazione assistita, offrono maggiori possibilità di coinvolgere un elevato numero di pazienti. Non si tratterebbe in questo caso di effettuare uno screening in senso stretto, ma piuttosto di adottare una tecnica di case finding che, come è noto, può essere altrettanto efficace. La possibilità di effettuare il test in telemedicina può rendere più attendibili i risultati grazie alla supervisione di uno specialista o di un tecnico specializzato, in collegamento durante l'effettuazione della prova. Alcune esperienze effettuate in Italia con i MMG hanno dimostrato la fattibilità di questa attività e la complessiva buona qualità delle spirometrie^(1,2). I pazienti con test risultati alterati dovrebbero successivamente completare la valutazione della loro funzionalità respiratoria presso un laboratorio specialistico di fisiopatologia respiratoria. Oltre che all'interno di un programma di sorveglianza della popolazione a rischio, l'effettuazione dell'esame spirometrico potrebbe anche essere applicato al monitoraggio funzionale dei pazienti con patologia stabile. Tale attività è più facilmente programmabile all'interno degli studi di medicina generale

organizzati e dotati di personale. Nelle forme associative, lo svolgimento di tali test potrebbe essere delegato ad un MMG "esperto" in grado di esaminare anche i pazienti degli altri colleghi. La telemedicina offre utili vantaggi anche nel momento della visita sia nello studio del medico che a domicilio del paziente. Grazie ad essa il medico può collegarsi con il collega pneumologo (o più colleghi in contemporanea) e tenere al letto del paziente un consulto, durante il quale quanti sono in collegamento esaminano la cartella del paziente, concordano la prosecuzione della cura domiciliare, l'eventuale uscita dello specialista per una visita domiciliare o l'invio del paziente nella struttura ospedaliera per un ricovero od ulteriori accertamenti.

Nei pazienti con malattie respiratorie particolarmente evolute e con insufficienza respiratoria i problemi assistenziali si pongono con gradi di complessità più impegnativi. I recenti indirizzi di politica sanitaria che puntano ad una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri comportano di necessità il trasferimento sul territorio dell'assistenza di soggetti con maggiori criticità e nei cui confronti va definito un modello assistenziale adeguato, in grado di garantire realmente al paziente tutta la sicurezza necessaria. Prima dell'esame degli strumenti tecnologici adatti a tale scopo, deve tuttavia essere definito il team delle figure coinvolte nell'assistenza. Queste sono essenzialmente: il MMG, lo specialista pneumologo, l'infermiere, il fisioterapista. Tutte queste figure devono possedere le competenze specifiche per il proprio ruolo e la consapevolezza che alcune di queste sono anche del tutto innovative, in particolare per quanto riguarda il

MMG e l'infermiere con ruolo di case manager. Il trasferimento di responsabilità a team non sufficientemente esperti o la delega esclusiva a sistemi di call center remoti, non garantiscono adeguata risposta ai bisogni di questi pazienti. D'altro canto l'adeguamento delle conoscenze a nuovi ruoli assistenziali richiede disponibilità di tempo e risorse dedicate. Tuttavia proprio in questo campo molti si aspettano che la telemedicina trovi un particolare ambito di applicazione, offrendo tutto il proprio grande potenziale a supporto delle necessità di continuità assistenziale, della gestione del risk management, della formazione dei pazienti e dei caregivers. L'impiego di tecnologie di telemedicina in grado di monitorare in continuo i pazienti con insufficienza respiratoria grave non è tuttavia ancora largamente diffuso e numerosi studi sono in corso per comprendere se i costi connessi siano effettivamente proporzionati ai risultati ottenibili ⁽³⁾. In particolare deve essere meglio definita la modalità di interazione del network delle varie figure assistenziali ed il modello di risposta operativa in relazione alla tipologia ed alla gravità dei problemi. Il MMG, stante l'attuale struttura del Sistema Sanitario Nazionale, deve continuare a rimanere il responsabile del paziente e della continuità assistenziale a domicilio, interfacciandosi nel contempo con lo specialista responsabile del piano di cura, con l'infermiere con funzione di case manager e con il fisioterapista respiratorio cui sono affidati gli interventi riabilitativi ⁽⁴⁾. Il supporto della telemedicina non potrà comunque mai sostituire la tradizionale visita medica, fondamento necessario per la costruzione e la crescita della relazione tra medico e paziente.

In conclusione vi è probabilmente un enorme potenziale della telemedicina per migliorare l'assistenza al paziente respiratorio, in particolare nelle forme ad andamento cronico. Al MMG questa tecnologia può recare vantaggio sia per la diagnosi precoce che per il monitoraggio dei pazienti già diagnosticati. Allo stato attuale sono necessari ulteriori studi che coinvolgano il MMG e gli infermieri, per comprenderne fino in fondo il reale rapporto costo/efficacia.

Bibliografia

- 1) Lusuardi M, De Benedetto F, Paggiaro P, et al. *A randomized controlled trial on office spirometry in asthma and COPD in standard general practice: data from spirometry in Asthma and COPD: a comparative evaluation Italian study.* Chest 2006;129(4):844-52.
- 2) Bonavia M, Averame G, Canonica W, et al. *Feasibility and validation of telespirometry in general practice: The Italian "Alliance" study.* Respir Med 2009;103(11):1732-7.
- 3) Smith SM, Elkin SL, Partridge MR. *Technology and its role in respiratory care.* Prim Care Respir J 2009;18(3):159-64.
- 4) Simonds AK. *Risk management of the home ventilator dependent patient.* Thorax 2006;61(5):369-71.